

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1908

— THÈSE —

N. —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 14 mai 1908, à 1 heure.

Par Joseph MARTIN

ARTHRITE BLENNORRHAGIQUE

ET

PUERPÉRALITÉ

Président : M. P. BAR, professeur.

Juges : { MM. QUÉNU, professeur.
AUVRAY et DEMELIN, agrégés.



PARIS

IMPRIMERIE DES FACULTÉS

A. MICHALON

26, Rue Monsieur-le-Prince, 26

—
1908

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. LANDOUZY.
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie générale	GAUTIER.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	DEJERINE.
Pathologie chirurgicale	BRISSAUD.
Anatomie pathologique	LANNELONGUE.
Histologie	PIERRE MARIE.
Opérations et appareils	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale	QUENU.
Thérapeutique	POUCHET.
Hygiène	GILBERT.
Médecine légale	CHANTEMESSE.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	THOINOT.
Pathologie expérimentale et comparée	G. BALLET.
	ROGER.
Clinique médicale	HAYEM.
	DIEULAFOY.
	DEBOVE.
	LANDOUZY.
	HUTINEL.
Maladies des enfants	JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	GAUCHER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux	LE DENTU.
Clinique chirurgicale	BERGER.
	RECLUS.
	SEGOND.
Clinique ophtalmologique	De LAPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN.
	PINARD.
Clinique d'accouchements	BAR.
	RIBEMONT-DES-SAIGNES.
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.
Clinique thérapeutique	A. ROBIN.

Agrégés en exercice.

MM.			
AUVRAY	CUNÉO	LAUNOIS	NOBECOURT
BALTHAZARD	DEMELIN	LECENE	OMBREDANNE
BRANCA	DESGREZ	LEGRY	POTOCKI
BEZANÇON (FERN.)	DUVAL (PIERRE)	LENORMANT	PROUST
BRINDEAU	GOSSET	LOEPER	RENON
BROCA (ANDRÉ)	GOUGET	MACAIGNE	RICHAUD
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD	RIEFFEL (chef des trav. anat.)
CARNOT	JEANSELME	MARION	SICARD
CASTAIGNE	JOUSSET (ANDRÉ)	MORESTIN	ZIMMERN
CLAUDE	LABRE (MARCEL)	MULON	
COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MA GRAND'MÈRE

A MES PARENTS ET A MES AMIS

INTRODUCTION

Au mois de février, à la clinique Tarnier, une femme fut prise, dans la nuit qui suivit son accouchement, de douleurs siégeant au poignet gauche. Ces phénomènes articulaires augmentèrent et on pût suivre l'évolution d'une arthrite blennorrhagique.

Cette complication de l'infection gonococcique pendant la puerpéralité n'est pas toujours d'un diagnostic facile et comporte souvent un pronostic sérieux.

Aussi est-ce parce que ce sujet était peu connu que nous conçûmes, sur le conseil de M. le Dr Cathala, chef de clinique, le projet d'en faire l'objet de notre thèse.

Les faits de ce genre sont encore peu nombreux. Malgré les quelques travaux publiés sur l'arthrite blennorrhagique au cours de la puerpéralité, aucune thèse n'a été faite sur ce sujet. Aussi avons-nous cru intéressant de faire une sorte de synthèse des documents épars que nous avons pu recueillir.

Dans ce travail nous nous sommes surtout inspiré

des leçons cliniques si vivantes et si documentées de M. le professeur Bar.

Le premier chapitre sera consacré à l'historique; nous y esquisserons rapidement les opinions des principaux auteurs qui ont écrit sur les manifestations articulaires au cours de la puerpéralité. Nous verrons que la plupart leur donnent une origine puerpérale : malgré les ressemblances cliniques de beaucoup de cas avec l'arthrite blennorrhagique, il a fallu la constatation du gonocoque dans le liquide articulaire pour affirmer que la plupart des faits de rhumatisme puerpéral n'étaient que des exemples de rhumatisme blennorrhagique.

Après un aperçu clinique des formes les plus communément observées pendant la puerpéralité, nous donnerons les signes qui permettent d'établir le diagnostic de cette affection.

Puis nous examinerons si l'arthrite blennorrhagique est influencée par la puerpéralité et nous tâcherons de donner une explication aux faits que l'on constate.

Enfin, après avoir vu quel en est le pronostic, nous dirons quelques mots du traitement.

Nous ferons suivre ce travail de quelques observations d'arthrites d'origine blennorrhagique, survenues pendant la grossesse ou dans les suites de couches que nous avons trouvées dans la littérature médicale.

Mais, avant d'aborder notre sujet, qu'il nous soit permis d'offrir l'expression de notre reconnaissance à M. le Dr Cathala, chef de clinique, pour la bienveillance qu'il nous a témoignée et à M. le Dr Lequeux, chef de clinique, pour l'observation qu'il a bien voulu nous donner.

Que M. le professeur Bar veuille bien accepter l'hommage de notre profonde gratitude pour le grand honneur qu'il nous a fait en acceptant de présider notre thèse.

CHAPITRE PREMIER

Historique

Un fait aujourd'hui incontestable et dont l'énoncé peut sembler superflu, c'est la propriété pour l'arthrite blennorrhagique de se manifester incidemment, au cours de la puerpéralité, chez une femme contaminée. Et cependant il a fallu bien du temps pour s'en convaincre.

C'est en 1866, dans cette fameuse discussion, soulevée par Peter, à la *Société médicale des hôpitaux*, sur le rhumatisme blennorrhagique, que Lorain réclama l'individualité du rhumatisme blennorrhagique dont M. le professeur Fournier venait de défendre la spécificité, dans le *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*.

Lorain, établissant une comparaison fort judicieuse entre le rhumatisme blennorrhagique et le rhumatisme survenant au cours de la grossesse, en arriva à cette conclusion que, d'après lui, ces deux rhumatismes ont une même étiologie : l'état de gestation n'est que secon-

daire et il n'agit qu'en prédisposant la femme à des écoulements leucorrhéiques et ce sont ces écoulements, se produisant par les organes génitaux, tant dans la blennorrhagie que pendant la gestation, qui provoquent ce rhumatisme. Le rhumatisme puerpéral est donc pour Lorain analogue au rhumatisme blennorrhagique mais il ne lui est pas encore identique. A son inspiration différents travaux sont publiés sur ce sujet. En 1867 paraît la thèse de Vaille : *Du rhumatisme puerpéral*. Pour Vaille « il existe un rhumatisme spécial à la puerpéralité, se développant sous son influence et avec des caractères en général modifiés par elle. Ce rhumatisme coïncide peut-être constamment avec des écoulements leucorrhéiques ou autres, et serait analogue par conséquent au rhumatisme blennorrhagique. Pendant la grossesse, l'allaitement et aussi au moment de la menstruation, il tend à prendre la marche subaiguë du rhumatisme blennorrhagique. Il produit volontiers des hydarthroses et peut à la rigueur se terminer par suppuration ou par une tumeur blanche. »

En 1868, Vachée traite : *Des symptômes et du diagnostic du rhumatisme uro-génital*. Il donne à cette forme du rhumatisme, le nom de rhumatisme uro-génital.

En 1870, Braunberger prend pour sujet de dissertation dans sa thèse inaugurale : *Les manifestations rhumatoïdes de la puerpéralité*. Il se résume ainsi : « L'évolution générale, la marche, la terminaison de ces manifestations rhumatoïdes puerpérales, ne permettent pas de les confondre avec le rhumatisme vrai, ni avec

les arthrites de l'infection purulente, et en font une espèce à part. »

Peter combattit à la Société médicale des hôpitaux les idées de Lorain, et il soutint l'identité de ce rhumatisme avec le rhumatisme articulaire aigu. Pour lui la blennorrhagie réveille la diathèse rhumatismale. Il croit que tout est occasion pour le rhumatisme, aussi bien le froid, qui est un traumatisme général, que la contusion qui est un traumatisme particulier, aussi bien la maladie blennorrhagique de l'urèthre que la maladie leucorrhéique de l'utérus, aussi bien l'état de gestation que l'état de parturition.

Quinquaud publie un travail dans la *Gazette médicale*, paru en 1872, dans lequel il dit : « La femme enceinte peut être prise d'arthrites à caractères cliniques spéciaux : marche lente, rebelles à tous les traitements et ne disparaissant qu'après l'accouchement. Pour moi ce sont des arthropathies nées sous l'influence de l'état puerpéral.

« Après l'accouchement on voit aussi apparaître des arthrites : ce sont des manifestations du puerpérisme infectieux.

« Enfin pendant l'allaitement il peut survenir des arthrites qui sont fréquemment d'origine génitale, car en examinant les malades au spéculum, on trouve un col utérin granuleux, de la leucorrhée plus ou moins abondante. »

Les idées et les arguments de Lorain furent repris et développés en 1875 dans la *Gazette des hôpitaux*. « Avant l'accouchement il existe chez la femme en-

ceinte un état morbide des voies génito-urinaires qui, plus ou moins marqué, peut les prédisposer à des arthrites analogues aux arthrites blennorrhagiques. Le col utérin, le vagin ne sont pas seuls en cause. Chez la plupart il est aussi facile de constater un certain degré d'uréthrite. En effet, ayant examiné à ce point de vue toutes les femmes qui étaient entrées dans le service pour y accoucher, M. Lorain nous a montré que, même fort peu de temps après la miction, on pouvait faire sourdre de l'urèthre, en pressant d'arrière en avant une gouttelette d'un liquide blanchâtre semblable à du pus. Quelques-unes accusent de la douleur en urinant. Ce ne serait point dû à la coïncidence de quelque ancienne blennorrhagie réveillée par la congestion générale de la muqueuse. Le pus uréthral, de même que le pus qui s'écoule, en quantité parfois considérable, du col utérin et qui baigne le vagin, serait le résultat normal de l'état de grossesse.

« M. Lorain n'en doute pas, car il a obtenu ces mêmes écoulements chez des jeunes femmes de sa clientèle incontestablement très saines. Il a même vu, chez l'une d'elles, des végétations qui s'étaient produites par le contact de ce liquide irritant se transmettre au mari. Aussi la femme enceinte est à ses yeux toujours une femme malade, en ce qui touche les organes génito-urinaires.

« Le rhumatisme génital est donc aussi peu surprenant chez elle que chez un homme qui vient d'être sondé. »

Dans l'*Union médicale* du 16 septembre 1875, Henri

Huchard reproduit deux observations d'arthrites génitales qu'il considère comme des manifestations du rhumatisme. De ces conclusions il dit que ces manifestations rhumatismales ou rhumatoïdes sont provoquées par des causes génito-urinaires (blennorrhagie, vaginite, urétrite, etc.). Pour lui l'état génital éveille la diathèse rhumatismale qui était à l'état latent et qui ne demandait qu'une occasion favorable pour se développer.

Tison, dans sa thèse de 1876, semble aboutir aux mêmes conclusions ; il considère ces manifestations articulaires comme étant de nature rhumatismale. Pour lui la grossesse agirait de deux manières dans la production du rhumatisme : par le changement profond que la fécondation amène dans l'état général de la femme et par les écoulements qui existent chez le plus grand nombre de femmes enceintes. Cependant forcé d'admettre l'analogie clinique du rhumatisme puerpéral et du rhumatisme blennorrhagique, il ajoutait aussitôt : « On pourrait nous objecter que le rhumatisme tenait autant à la blennorrhagie qu'à la grossesse : nous ferons seulement remarquer que le rhumatisme blennorrhagique est très rare chez la femme et que, dans plusieurs exemples cités par les auteurs qui l'ont étudié, il y avait en même temps grossesse. »

Georgiades, dans sa thèse inaugurale de 1883, donne à ces arthrites le nom de génitales et admet une prédisposition spéciale créée par la grossesse et ayant son origine dans des modifications du système nerveux.

Alexandre, la même année, dit qu'il y a lieu de distinguer une forme de rhumatisme vrai de la grossesse

et une forme génitale dont la cause directe réside dans les excitations réflexes des parties de l'utérus modifié ou dans l'écoulement leucorrhéique que présentent souvent les femmes enceintes.

Mercier, dans sa thèse de la même année, écrit : « L'arthrite qui offre le plus d'analogie avec cet accident articulaire de la grossesse, est à coup sûr l'arthrite blennorrhagique. » Mais pour lui il n'y a cependant pas identité car : l'arthrite blennorrhagique a son origine dans un écoulement urétral et c'est à la grossesse, en général, et non exclusivement à un accident local de la grossesse, le flux génital, qu'est due l'arthrite, survenue pendant la gestation.

Un de ceux qui ont pressenti l'identité de l'arthrite puerpérale et de l'arthrite blennorrhagique fut Nélaton. Voici ce que disait l'illustre chirurgien dans son *Traité de pathologie chirurgicale* : « Les arthrites qui succèdent à l'état puerpéral présentent deux variétés, l'une franchement inflammatoire, assez semblable à l'arthrite blennorrhagique, l'autre suppurative, extrêmement grave, que l'on peut considérer comme un symptôme d'infection purulente. »

M. Bouchard s'exprime ainsi : « On a décrit, sous le nom de rhumatisme de la grossesse, une inflammation le plus souvent mono-articulaire tenace, avec tendance à l'ankylose, qui ressemble singulièrement au rhumatisme blennorrhagique, qui n'est certainement pas le rhumatisme vrai et que j'ai bien de la peine à considérer comme gravidique. Je me fonde sur l'extrême rareté de

ce rhumatisme comparé à l'extrême fréquence de la grossesse. »

On le voit, le rhumatisme puerpéral parti du rhumatisme génital fut longuement étudié pendant la période qui suivit 1867. On le comparait avec le rhumatisme blennorrhagique, dont il avait la même forme torpide et les mêmes conséquences. On lui trouvait une grande ressemblance au point de vue clinique. Mais on avait soin de dissocier les deux rhumatismes, d'un côté le rhumatisme puerpéral, de l'autre le rhumatisme blennorrhagique.

Siredey, dans son *Traité des maladies puerpérales*, dans le chapitre qu'il consacre aux affections articulaires insiste sur la fréquence des arthrites blennorrhagiques à la suite de l'accouchement et sur la nécessité de les distinguer des manifestations articulaires de la septicémie puerpérale. « On peut, dit-il, trouver chez les accouchées des arthrites indépendantes de l'état puerpéral, sans parler ici des arthropathies de la grossesse et des lésions articulaires qui ont pu précéder l'accouchement ; nous devons rappeler que la blennorrhagie n'est nullement incompatible avec l'état puerpéral. On sait avec quelle persistance cette affection peut s'observer chez les femmes, à leur insu et souvent même à l'insu de ceux qui les soignent en raison de sa bénignité et des troubles insignifiants qu'elle entraîne. Plusieurs fois, nous avons eu l'occasion de rattacher à cette cause des arthrites survenues chez des femmes en couches qui n'avaient présenté aucune complication utérine ou péri-utérine. Si simple que soit cette influence elle est sou-

vent méconnue parce qu'on néglige de la rechercher, et cependant l'aspect de certaines arthrites de l'état puerpéral, leur marche lente, subaiguë, leur localisation à une seule des grandes articulations, devraient éveiller l'idée d'une complication d'origine blennorrhagique. »

Si Nélaton et Bouchard avaient soupçonné l'identité du rhumatisme dit puerpéral et du rhumatisme blennorrhagique, ce fut Patenostre qui dans sa thèse, en 1884, en a le premier tenté la démonstration : rapportant une série de sept cas de rhumatisme puerpéral, dont quatre chez les femmes récemment accouchées, il n'a pas de peine à déceler, chez toutes, des signes très nets de blennorrhagie et à assimiler les manifestations cliniques qu'elles présentent à celles de l'arthrite blennorrhagique aiguë.

Sur ces entrefaites Neisser découvre le gonocoque et permet ainsi aux partisans de l'identité des deux rhumatismes d'ajouter aux preuves d'ordre clinique, des preuves d'ordre bactériologique.

Vinay, dans son *Traité des maladies de la grossesse*, rapporte que sur cinq cas de soi-disant rhumatisme puerpéral observés par lui, quatre fois les enfants ont eu de l'ophthalmie : une autre fois la preuve de l'existence du gonocoque dans la sécrétion du col a pu être faite directement.

Il restait à faire la constatation du gonocoque dans le liquide articulaire, constatation qui devait fournir la preuve de la nature blennorrhagique du rhumatisme puerpéral sur lequel on discutait depuis plus de trente ans, cette preuve a été donnée par M. le professeur

Bar, qui en 1895 publia deux cas absolument concluants. Dans l'un, c'est une femme accouchée, chez qui surviennent des manifestations articulaires : on fait une ponction, et, dans le pus verdâtre qui est retiré, l'auteur rencontre des gonocoques bien caractérisés.

Peu après, MM. Lefour et Fieux décrivent, dans la *Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux*, un nouveau cas d'arthrite chez une accouchée blennorrhagique.

Enfin M. Bégouin fournit deux observations de rhumatisme puerpéral chez des femmes accouchées, certainement blennorrhagiques. Le même auteur reprend entièrement la question de l'identité du rhumatisme puerpéral et du rhumatisme blennorrhagique, l'expose avec beaucoup de détails dans les *Annales de gynécologie et d'obstétrique* de janvier 1898 et conclut en sa faveur.

M. Fruhinskolz, dans sa thèse de 1902 sur : *La blennorrhagie dans ses rapports avec la grossesse et la puerpéralité* s'associe à la manière de voir de M. Bégouin, en faisant cette réserve : que des infections puerpérales atténuées pensent fournir un tableau clinique identique à celui du rhumatisme blennorrhagique.

Nous appuyant sur les diverses observations publiées nous pensons que ce que, depuis Lorain, Peter, Hersieux, Lancereaux, etc, on appelait rhumatisme gravidique, puerpéral, génital ou encore arthro-gravidisme, peut n'être dans quelques cas qu'un rhumatisme articulaire franc réveillé par la puerpéralité ou une arthrite purulente due à l'infection puerpérale, mais que dans

l'immense majorité des cas il s'agit de manifestations articulaires de nature gonococcique éclatant sous l'influence de la puerpéralité, soit pendant la grossesse, soit pendant le post-partum.

CHAPITRE II

Formes cliniques de l'arthrite blennorrhagique.

Nous allons étudier ici quelles sont les formes cliniques principales qu'affecte l'arthrite blennorrhagique au cours de la puerpéralité. Il est probable que les diverses modalités que l'on décrit dans les traités de médecine existent là aussi. Cependant nous nous bornerons à décrire les deux formes les plus communément observées, la forme séro-fibrineuse et la forme suppurée.

La première, la forme simple, peut commencer pendant la grossesse ou après l'accouchement. Habituellement ce sont des douleurs articulaires multiples qui ouvrent la scène. Ces arthralgies durent vingt-quatre, trente-six heures, parfois plusieurs jours. Ce sont des douleurs vagues, erratiques, changeant tous les deux ou trois jours. Puis au bout d'un certain temps deux septenaires au plus, on voit la maladie se localiser. Ces douleurs se fixent un instant sur deux ou trois articulations, qui se tuméfient aussitôt, mais elles se

localisent bientôt sur une seule. Le plus ordinairement ce sont les genoux et les poignets qui sont pris, parfois les coudes. Ce peut être le cou-de-pied ou une articulation digitale.

Assez souvent, les malades sont subitement prises, quelquefois la nuit pendant leur sommeil, d'une douleur très vive au niveau de l'articulation qui sera seule le siège de la maladie. Dans ce cas l'articulation atteinte est le poignet ou le genou.

Pendant ce temps l'état général n'est pas mauvais. L'état gastrique n'est pas marqué. La fièvre est ordinairement peu intense et ne dépasse pas 38°, 38°5. Si elle est assez vive, si elle atteint 39°, elle n'est alors que passagère.

Cette fièvre de courte durée, qui cesse au bout de deux jours, on peut la voir reparaitre sous forme d'une nouvelle ascension, mais aussitôt suivie de défervescence.

Lorsque l'articulation sur laquelle doit se fixer en définitive la gonococcémie, réalisant une sorte d'abcès de fixation, est atteinte, les autres articulations qui avaient été prises avant elle sont libérées et il n'existe pas de retour offensif sur les premières articulations malades.

Qu'observe-t-on du côté de l'articulation ? Il existe une douleur spontanée, dans beaucoup de cas modérée, mais quelquefois très vive, véritablement atroce, s'exagérant la nuit ; cette douleur entraîne naturellement une impotence fonctionnelle du membre.

Si maintenant nous passons à l'examen objectif, voici

ce que l'on constate : la peau qui recouvre l'articulation est mate ; tantôt blanche, tantôt un peu rosée, toujours un peu plus chaude que celle du côté opposé. Le membre se place dans l'attitude qui favorise le plus le relâchement des ligaments ; rejettement de la main sur le bord radial pour le poignet, demi-flexion pour le genou.

Après cette période de réaction aiguë, la douleur diminue ; mais on assiste à une atrophie musculaire rapide, qui siège sur les muscles péri-articulaires, les extenseurs surtout et même sur les muscles éloignés.

Cette atrophie est rendue plus visible par la tuméfaction de la jointure malade. Au genou par exemple l'atrophie des muscles de la cuisse et de la jambe est d'autant plus reconnaissable que l'articulation est tuméfiée.

A la main les éminences thénar et hypothénar deviennent chaque jour moins apparentes, les doigts s'effilent : il y a de l'atrophie des muscles interosseux.

On n'observe pas d'augmentation de volume des extrémités osseuses et la pression à leur niveau est peu douloureuse. De plus les ganglions ne sont pas atteints.

Pendant la puerpéralité on peut voir la blennorrhagie se localiser sur les gaines tendineuses. C'est ainsi que dans une observation que nous publions, le rhumatisme blennorrhagique, après avoir été polyarticulaire, finit par se fixer sur la face dorsale du carpe de la main droite dans la gaine tendineuse des extenseurs. Alors survient brusquement une douleur très vive, plus mar-

quée la nuit que le jour, se calmant peu par le repos, insupportable au moindre mouvement. La peau devient rouge ; la pression de la tuméfaction est douloureuse.

Cette douleur, soit spontanée, soit provoquée, est remarquable par son acuité et par sa persistance. La synovite peut évoluer vers la suppuration.

La seconde forme de l'arthrite blennorrhagique que l'on observe pendant la puerpéralité est la forme suppurée. L'arthrite suppurée, rare chez l'homme par rapport aux autres formes, revêt ici un caractère de fréquence en face de l'arthrite non suppurée. Elle apparaît dans les huit jours qui suivent, tout au moins le plus ordinairement, ou dans les jours qui la précèdent. Cette forme n'est pas bien connue. Charpentier a écrit « que rare pendant la grossesse, la suppuration est la règle après l'accouchement ». Il est probable que dans la plupart des cas on a confondu l'arthrite blennorrhagique purulente avec l'arthrite de l'infection puerpérale, de laquelle nous savons maintenant qu'elle doit être distinguée.

L'arthrite blennorrhagique suppurante peut donner par son début l'impression d'une atteinte de rhumatisme articulaire aigu. C'est ainsi que dans la seconde observation publiée par M. Bar, dans la *Presse médicale* de 1895, la femme est prise tout à coup, sans cause apparente, de frissons violents avec claquements de dents et malaise intense. Ces frissons se répètent pendant la journée et la nuit qui suit, et en même temps surviennent des douleurs dans l'articulation du poignet droit, qui se tuméfie.

Puis plusieurs articulations se prennent successivement. Pendant tout ce temps la température reste peu élevée, 37°5, 38°4 et l'état général est bon. La malade est étendue, immobile, le visage pâle, le regard anxieux, craignant le moindre mouvement.

On conçoit combien le diagnostic peut être alors difficile, d'autant qu'on sait que le rhumatisme articulaire aigu peut fort bien apparaître ou être réveillé sous l'influence de la puerpéralité.

Cependant au bout de quelques jours les symptômes changent un peu. Alors que la plupart des articulations deviennent moins douloureuses, l'état d'une en particulier va en s'aggravant : le gonflement devient plus considérable et la douleur plus vive. On constate l'inefficacité du salicylate de soude. Malgré cela le diagnostic clinique ne peut guère se faire d'une manière sûre, il faut l'examen de laboratoire pour montrer le gonocoque dans le liquide articulaire purulent.

D'autres fois l'arthrite blennorrhagique à forme suppurée, simule par ses débuts au moins la forme la plus habituelle, la forme streptococcique de la septicémie puerpérale. C'est ce que nous voyons dans le cas publié par MM. Mosny et Beaufumé dans la *Tribune médicale* de 1904.

La maladie débute dans les jours qui suivent l'accouchement par des phénomènes généraux, une ascension de température à 40°, suivie d'accès fébriles intermittents, irréguliers. Ce n'est qu'au bout de quelques jours qu'apparaissent les phénomènes qui attirent l'attention sur les articulations. Plusieurs articulations sont prises,

mais les articulations malades sauf une, reprennent au bout de quelques jours leur aspect normal, leur mobilité, leur indolence.

Lorsque commence la phase définitive monoarticulaire de l'infection, lorsqu'on a constaté l'échec des médications salicylées et du sulfate de quinine, l'atrophie musculaire rapide et considérable, on est mis sur la voie du diagnostic.

Cependant seule là encore la ponction peut établir d'une façon certaine le diagnostic en révélant la présence du gonocoque. De plus presque seule encore la ponction permet d'affirmer le pus, car l'articulation ne présente ordinairement pas les signes de rougeur de la peau et d'œdème qu'on rencontre dans une arthrite dont le pus va se faire issue au dehors. M. Bégoin dit qu'il n'a pas trouvé dans ses recherches de cas de rhumatisme puerpéral dont le liquide articulaire ait déterminé une ouverture spontanée de la synoviale.

CHAPITRE III

Diagnostic

Si l'arthrite blennorrhagique est d'un diagnostic relativement facile chez l'homme, où la constatation d'un écoulement peut mettre sur la voie, il n'en est pas de même chez la femme chez laquelle la blennorrhagie passe souvent inaperçue. Aussi l'arthrite blennorrhagique de la femme enceinte et de la nouvelle accouchée a-t-elle été souvent confondue avec d'autres affections articulaires.

Ayant quelquefois même début que le rhumatisme articulaire aigu, on pense à cette affection. Cependant le rhumatisme articulaire aigu avec sa fièvre de 39° à 40°, ses sueurs abondantes, persistantes et empreintes d'une odeur aigre, ses urines rares, foncées, parfois albumineuses, riches en urée et en urates, avec l'anémie profonde et rapide qu'il détermine se distingue déjà de l'arthrite blennorrhagique, laissant l'état général intact, et ne présentant pas d'endocardite, du moins dans la grande majorité des cas.

Si dans les deux affections la douleur se déplace avec la fluxion rhumatismale, si elle passe d'une jointure à une autre, elle finit dans l'arthrite blennorrhagique par se localiser à une articulation en particulier, ne reparaissant pas sur une articulation déjà prise comme dans le rhumatisme articulaire aigu. Enfin la médication salicylée qui réussit si bien dans le rhumatisme articulaire aigu n'a pas d'effet.

Dans les suites de couches, c'est avec l'arthrite infectieuse à staphylocoques ou à streptocoques que le diagnostic est parfois difficile.

Nous savons que les suites de couches normales sont apyrétiques. Aussi toutes les fois que la température teint ou dépasse 38°, il faut se préoccuper et chercher la cause de cette anomalie.

S'il y a une infection utérine évidente, qui se traduise par le grand frisson classique de l'infection puerpérale, on ne songera naturellement pas à une arthrite blennorrhagique. Et cependant dans l'observation de MM. Mosny et Beaufumé on constata une ascension de la température à 40°.

Mais c'est dans les cas où l'infection est atténuée qu'il est malaisé de se prononcer. Signes généraux et signes locaux se ressemblent alors et ce n'est que sur des nuances que l'on pourra se guider si l'on veut un diagnostic immédiat.

Il faut alors penser à l'éclosion possible d'une de ces affections dites inévitables, parce qu'elles ont pour origine une infection latente que révèle en la réveillant le travail de l'accouchement, en particulier à l'infection

gonococcique à laquelle on pense peu souvent. Aussi lorsque après ce début on voit se produire des localisations articulaires on doit songer qu'à côté des arthrites purulentes de l'infection puerpérale existe les arthrites blennorrhagiques, qui, à la suite de l'accouchement surtout, peuvent être purulentes.

Le diagnostic entre ces deux arthrites peut se faire cliniquement, par l'absence d'infection ou d'une infection tout au moins très atténuée, par la connaissance d'une leucorrhée abondante antérieure à l'accouchement, quelquefois la coexistence d'une ophtalmie chez le nouveau-né, autant de signes plaidant en faveur de l'arthrite blennorrhagique.

Mais lorsqu'on n'a pas ces renseignements, ce n'est alors que l'examen des liquides articulaire ou génito-urinaire qui pourra lever les doutes.

Nous n'insisterons pas sur les autres arthrites, telles que l'arthrite traumatique, l'arthrite d'origine nerveuse, goutteuse, syphilitique, l'arthrite sèche, qui toujours se distingueront facilement de l'arthrite blennorrhagique.

Peut-on être embarrassé au sujet du diagnostic avec l'arthrite tuberculeuse ? Nous ne le croyons pas. Cependant si la maladie n'a frappé dès le début qu'une seule articulation, si le sujet est faible et si surtout on lui trouve des antécédents tuberculeux, tant personnels qu'héréditaires, on devra diriger ses investigations de ce côté. En se rappelant toutefois que le début de l'arthrite tuberculeuse est moins aigu et que dans la tumeur blanche il est rare que la douleur soit aussi vive que dans l'arthrite blennorrhagique. De plus dans les jours

qui suivront on notera que le repos absolu calme assez vite, en général, la douleur spontanée s'il s'agit de tumeur blanche : et que par contre il a une action moins rapide sur celle de l'arthrite blennorrhagique qu'on réveille encore longtemps par le moindre mouvement. Enfin symptôme capital, dans l'arthrite tuberculeuse, on aura la sensation donnée par les fongosités, bien différente de celle de l'empâtement œdémateux de l'arthrite blennorrhagique.

On le voit si au début le diagnostic peut errer un instant, ordinairement le diagnostic s'impose.

D'où la conclusion pratique : on devra toujours et avant tout, soupçonner la blennorrhagie lorsqu'on reconnaîtra des manifestations articulaires chez une femme en couches ou pendant sa grossesse. Pour cela on fera un interrogatoire minutieux sur l'état antérieur des organes génitaux de la femme ; avait-elle des pertes blanches abondantes, quelquefois verdâtes, souffrait-elle en urinant ou avait-elle des envies fréquentes d'uriner. On pourra s'enquérir, discrètement et par une enquête habile, sur la possibilité d'une blennorrhagie chez le père de l'enfant. Enfin on examinera les yeux de ce dernier.

C'est ainsi que Vinay, quoique n'ayant pas trouvé le gonocoque, chez certaines de ses malades a pu, grâce aux circonstances au milieu desquelles s'était développée l'arthrite et à la coexistence d'une ophtalmie chez le nouveau-né, affirmer la nature blennorrhagique d'une maladie articulaire que les seuls signes physiques n'eussent pas permis de reconnaître.

Malgré tout, seul l'examen bactériologique peut donner la certitude et on l'a vu, il a fallu la constatation du gonocoque de Neisser dans le liquide retiré de l'articulation pour que quelques auteurs se rendissent à ce fait cliniquement observé, qu'un grand nombre des rhumatismes puerpéraux n'étaient que des cas d'arthrite blennorrhagique. Il peut se faire pourtant que tous les signes cliniques soient en faveur de l'arthrite blennorrhagique, et qu'on ne décèle pas de gonocoque dans l'articulation malade. Faut-il dans ce cas rejeter son diagnostic ? Nous ne le pensons pas : et s'il a fallu si longtemps pour fournir cette preuve bactériologique de la nature du rhumatisme puerpéral dans la majorité des cas, c'est que la présence du gonocoque dans le liquide articulaire est habituellement difficile à déceler.

Aussi quelques auteurs et en particulier M. Lefour prétendent que la non-constatation du gonocoque ne prouve rien.

Dans l'ouvrage de Vinay sur les *Maladies de la grossesse*, l'examen bactériologique est demeuré nul cinq fois dans des cas de rhumatisme blennorrhagique cliniquement bien caractérisé. C'est qu'en effet le gonocoque disparaît très rapidement des articulations malades.

Dans l'observation de MM. Mosny et Beaufumé, on ne trouva à l'examen microscopique de gonocoque, ni dans l'urètre, ni dans le vagin, ni dans le col utérin. Seul l'ensemencement du séro-pus retiré de l'articulation malade, sur milieux appropriés apporta la preuve de la présence du gonocoque à l'exclusion de tout autre microbe.

Fait digne de remarque, dans la plupart des observations où on trouva le gonocoque, celui-ci existait à l'état pur, il n'y avait pas d'autres microbes avec lui.

Mais il arrive parfois, qu'alors même que l'on a trouvé du gonocoque dans le liquide retiré de l'articulation, les tubes restent stériles. Cela tient à ce que les gonocoques sont ordinairement rares dans l'épanchement intra-articulaire et qu'il faut un examen minutieux pour en découvrir quelques-uns logés dans un leucocyte.

Ces résultats négatifs de l'examen direct des cultures, s'ils ne prouvent pas, sont cependant en faveur de la nature gonococcique du liquide articulaire, car s'il y avait d'autres microbes ils se décèleraient plus vite.

En tous cas, en face d'un examen négatif, on ne devra pas s'empresse de conclure, mais on renouvelera ses préparations, et ce n'est qu'après plusieurs examens qu'on découvrira le gonocoque.

M. Bar d'ailleurs incline à penser que dans beaucoup de cas, ceux qui ne l'ont pas trouvé ont employé une technique mauvaise.

L'examen hématologique pourra également rendre des services, le nombre et la proportion des globules blancs contenus dans le sang ne subissant pas dans l'infection gonococcique de modifications appréciables, même quand il y a arthrite suppurée (Vaquez, Aubertin), la leucocytose avec polynucléose étant au contraire la règle dans l'infection puerpérale streptococcique (Mouchotte et Carton).

On aura donc recours à tous les moyens cliniques et bactériologiques pour faire le diagnostic étiologique de

l'arthrite qu'on observera au cours de la puerpéralité, en particulier de l'arthrite suppurée, car, comme nous le verrons, le pronostic et le traitement sont tout différents selon qu'on se trouve en face d'une pyarthrite à streptocoques ou d'une pyarthrite à gonocoques.

CHAPITRE IV

Influence de la puerpéralité sur l'arthrite blennorrhagique

L'arthrite blennorrhagique est-elle notablement favorisée dans son apparition par l'état puerpéral ? Avant de répondre à cette question nous allons étudier l'influence de la grossesse sur la blennorrhagie.

D'abord la blennorrhagie est-elle fréquente chez les femmes enceintes ? Si nous consultons les différents auteurs qui ont donné des statistiques, nous voyons que les données concernant la fréquence de la blennorrhagie chez les femmes enceintes sont variables avec les auteurs. Cette variabilité s'explique très probablement par celle des milieux où ils observent. En prenant une moyenne on peut estimer que c'est dans une proportion de 20 à 25 0/0, proportion assez forte par conséquent, qu'on observe la blennorrhagie chez la femme enceinte. Or lorsqu'une femme blennorrhagique devient enceinte, cette affection subit-elle quelque modification dans son évolution ou dans sa virulence ?

Bumm ayant observé huit femmes enceintes attein-

tes de blennorrhagie chronique, et chez lesquelles le diagnostic put être confirmé bactériologiquement, constate que « la sécrétion du col n'est pas particulièrement abondante, et ne se distingue en rien, à l'examen macroscopique de la sécrétion qu'on rencontre normalement au cours de la grossesse ».

Malgré l'opinion de Bumm, il est généralement admis que la grossesse exerce une influence défavorable sur la blennorrhagie: cette aggravation est démontrée par ce fait que les signes ordinaires de l'infection blennorrhagique ont quelquefois paru coïncider avec le début de la grossesse et que d'autres fois, bénins et peu intenses auparavant, ils ont acquis dès les premières semaines de la gestation une acuité beaucoup plus grande.

Il est fréquent d'observer qu'une blennorrhagie qui dans les cinq premiers mois de la grossesse n'a rien présenté de particulier, s'aggrave tout à coup. Les gonocoques semblent subir de l'augmentation. On peut voir des uréthrites apparaître, et quelquefois se compliquer de cystite.

Comment expliquer cette aggravation? Peut-être dérive-t-elle de la congestion utéro-ovarienne et de l'exagération des sécrétions génitales, lesquelles s'exagèrent avec l'état gravide. D'ailleurs n'observons-nous pas un fait analogue pendant la période menstruelle. Nous savons en effet que chez la femme la période menstruelle semble favoriser la contagion de la blennorrhagie et accroître la virulence du gonocoque. C'est ainsi que telle femme qui, en dehors des règles est peu apte à transmettre la blennorrhagie, devient sous l'in-

fluence de la menstruation un foyer actif de contagion.

Aussi n'est-il pas étonnant que les organes génitaux subissent le contre-coup des modifications profondes que la grossesse imprime à l'organisme. Ils sont même les premiers impressionnés : pour s'adapter à leur nouvelle fonction, ils se ramollissent, se congestionnent. Cette stase sanguine favorise la pullulation des micro-organismes, et, dans le cas de lésions antérieures, le réveil de ces lésions.

Aussi comprenons-nous qu'on ait signalé des observations où les premiers signes cliniques d'une blennorrhagie se sont révélés en coïncidence avec le début de la conception. Dans ces cas ce n'est que le ravivement d'une infection gonococcique, soulignée par l'état de grossesse.

Parfois le microbe persiste à l'état latent pendant la gestation ; il attend pour prendre l'offensive, qu'une occasion plus favorable se présente. Cette occasion c'est l'accouchement.

Nous allons maintenant étudier si cette aggravation de la blennorrhagie chez la femme enceinte et chez la femme en couches, exerce une influence sur l'apparition de l'arthrite blennorrhagique.

Nous savons, sur les données des médecins qui observent dans les services de vénériennes, que le rhumatisme blennorrhagique y est exceptionnellement rencontré. Verchère écrit dans son traité : *De la blennorrhagie chez la femme* : « Le rhumatisme blennorrhagique et, si je l'appelle ainsi c'est pour spécifier par le mot lui-même qu'il est une localisation de la blennorrhagie

sur les séreuses extra-génitales, est fréquent chez l'homme, mais devient plus rare chez la femme. Au point que Martineau, en sept ans de pratique à Lourcine, n'en a rencontré qu'un exemple. « Ces accidents, dit-il, sont tellement rares, qu'un médecin de Lourcine ne les observe pas, alors qu'il dirige un service pendant plusieurs années. C'est pourquoi il ne faut pas s'étonner que les médecins et les chirurgiens de l'hôpital de Lourcine aient écrit que chez la femme, ces accidents sont presque inconnus. » Cullerier en 9 cas n'a rencontré que 2 ou 3 arthrites blennorrhagiques. A. Guérin ne l'a vue qu'une fois en quatre ans. Rollet et Diday n'en ont pas vu un seul exemple. Panas, à Lourcine, n'en a pas constaté un seul cas. Bornemann (thèse de Copenhague, 1887) dans une statistique portant sur 271 malades atteints de rhumatisme blennorrhagique a relevé seulement 42 femmes contre 229 hommes. Moi-même, dans mon service, je n'ai pas eu une seule fois l'occasion de voir une manifestation articulaire sur plusieurs centaines de malades que j'ai eues à soigner atteintes de blennorrhagies. »

On est frappé de la disproportion évidente qui existe entre le nombre si grand des blennorrhagies et le chiffre relativement peu considérable des complications articulaires. Faut-il voir là des conditions prédisposantes nécessaires ? La question n'est pas résolue. Un fait reconnu, c'est que les hommes sont plus fréquemment atteints que les femmes. D'après Ricord, cela tient à la rareté de l'urétrite chez la femme ; mais nous savons que cette assertion inexacte tient à ce que l'auteur ob-

servait surtout au Midi, hôpital consacré aux hommes. Cela dépend aussi de la difficulté qu'il y a parfois à déceler la blennorrhagie chez la femme, ce qui fait que souvent le diagnostic n'est pas fait, et peut-être aussi à ce que la muqueuse vaginale absorbe moins facilement, que l'urèthre est moins long et les chances d'absorption partant moins grandes.

Si l'arthrite blennorrhagique est rare chez la femme, en est-il de même du rhumatisme puerpéral d'autrefois, que nous savons être dans la majorité des cas de l'arthrite blennorrhagique ?

M. Bégouin dit que dans les travaux publiés de 1866 à 1892 sur le rhumatisme puerpéral, il n'en a recueilli que 42 observations.

M. Bar écrit, dans la clinique qu'il a publiée sur l'arthrite blennorrhagique : « Pour ma part, pendant les six années que je viens de passer à la maternité de l'hôpital Saint-Louis, j'ai vu passer dans mon service bien des femmes atteintes de blennorrhagie, et c'est à peine si j'ai observé un ou deux cas de rhumatisme blennorrhagique. »

M. Lugeol à la maternité de Pellegrin, qu'il a dirigée pendant plus de dix ans, ne se souvient avoir rencontré que 2 ou 3 cas de rhumatisme puerpéral.

M. Audebert, en trois ans (1893-1896), à la clinique obstétricale de M. le Dr Moussous n'en a observé que 3 exemples sur plus de 4.800 femmes ; et M. Fieux, en un an (1896-97), n'en a vu qu'un cas à la même clinique.

M. Fruhinsholz dit que sur une proportion de 266 fem-

mes accouchées blennorrhagiques quelconques, il en a trouvé 6 qui ont été atteintes de rhumatisme blennorrhagique pendant leurs suites de couches : soit une proportion de 2,25 0/0.

Enfin M. le professeur Bar, dans une leçon clinique qu'il faisait récemment à la clinique Tarnier, disait qu'en vingt-cinq ans de pratique il n'a observé que 8 à 10 cas d'arthrite blennorrhagique au cours de la puerpéralité.

C'est assez dire que l'arthrite blennorrhagique pendant la puerpéralité est exceptionnelle. Cependant nous ne pourrions pas dire exactement le taux de la fréquence. En effet les travaux sur le rhumatisme puerpéral ont surtout été écrits ou inspirés par des accoucheurs, qui ne voient les femmes qu'à la fin de leur grossesse ; puis dans les cas d'arthrites survenues pendant les premiers mois de la gestation la grossesse a dû parfois passer inaperçue du médecin. Aussi ne faut-il pas, à notre avis, attacher une grande importance à cette statistique. Une femme vient consulter un médecin au sujet de douleurs qu'elle éprouve dans les articulations, celui-ci les met sous le compte du rhumatisme, mot dont on se sert pour désigner bien des affections, et l'infection gonococcique passe inaperçue. C'est ainsi que dans le cours de nos études, nous nous souvenons qu'en interrogeant une femme sur les phénomènes qu'elle avait éprouvés pendant sa grossesse, celle-ci nous répondit qu'elle avait eu des douleurs rhumatismales qui siégeaient au poignet droit, qui avaient duré un mois, nécessité de l'immobilisation et laissé après elles de l'atrophie. Il

est bien probable que cette femme avait eu de l'arthrite blennorrhagique du poignet droit.

Si maintenant nous examinons quelle est l'époque du début de l'arthrite nous voyons, d'après M. Bégouin, que l'arthrite peut se montrer à toutes les époques de la grossesse, avec une augmentation de fréquence à mesure que la femme approche du septième mois, puis tout à coup une brusque augmentation. Elle semble bien avoir été le plus souvent rencontrée dans les derniers mois.

Chez la femme accouchée, c'est quelquefois aussitôt après l'accouchement que se montre l'arthrite. C'est le lendemain dans un cas de Vinay ; dans une observation de Georgiadès c'est quatre jours après l'accouchement que la femme est prise d'une douleur légère avec épanchement dans le genou droit, et les mouvements impossibles ; dans une autre, c'est huit jours après que des douleurs apparaissent, lesquelles se localisent au poignet droit.

Dans la thèse de Pâtenostre nous trouvons l'observation d'une femme qui fut prise, quatre jours après son accouchement, d'arthrites multiples, de malaise avec fièvre : la maladie se localisa au poignet droit.

J. Pinard, dans sa thèse, rapporte une observation d'une femme qui fut prise six jours après l'accouchement d'arthralgies multiples, qui ont fini par se localiser à l'articulation métacarpo-phalangienne de l'index droit.

Dans l'observation de M. Mosny c'est douze jours après l'accouchement que les douleurs apparaissent dans l'épaule et le coude gauche ; dans celle de M. Lop c'est quatre jours après qu'on observe une légère appa-

rition de température avec l'apparition de douleurs dans le coude droit.

Dans l'observation de M. Lequen, le septième jour après l'accouchement, alors que tout avait été normal jusqu'à ce moment, la femme présente une légère élévation de température et le lendemain se plaint de douleurs généralisées.

Enfin chez la femme qui était à la clinique Tarnier dans le courant du mois de février dernier, les douleurs ont commencé la nuit qui ont suivi l'accouchement, par un endolorissement puis du gonflement.

On a rapporté des observations où l'arthrite ne s'est déclarée qu'au bout de deux mois, quatre mois, cinq mois, dix-huit mois même ; il y a tout lieu de croire que dans les cas où l'arthrite s'est développée longtemps après l'accouchement, elle était due à une infection gonococcique postérieure à la parturition.

Nous le voyons assez fréquemment l'arthrite blennorrhagique débute dans les jours qui suivent l'accouchement. Nous devons faire remarquer aussi que dans un cinquième des cas on eut affaire à une arthrite suppurée, proportion certainement plus élevée que celle qu'on observe ordinairement.

Si maintenant nous examinons quelles sont les articulations qui sont le plus fréquemment atteintes, nous constatons que ce sont les genoux, puis les poignets et les coudes. L'arthrite peut se rencontrer ailleurs, aux articulations métacarpo-phalangiennes surtout, comme il y en a plusieurs observations, mais le fait est exceptionnel.

Ces préliminaires étant posés, étudions maintenant si la puerpéralité exerce une influence sur l'arthrite blennorrhagique.

Si nous consultons les monographies de Fournier, de Besnier, de Talamon, nous nous apercevons qu'aucun de ces auteurs ne fait attention à la puerpéralité comme cause prédisposante au rhumatisme blennorrhagique.

Lorain cependant croyait que l'accouchement avait une influence très heureuse sur l'évolution de l'arthrite. Il avait fondé son opinion sur ce fait que l'arthrite blennorrhagique était bien rarement guérie avant l'accouchement.

Mercier accepta la façon de voir de Lorain. « Après la délivrance, écrit-il, tout change : la douleur spontanée disparaît comme par enchantement, et les mouvements reparaissent peu à peu. Deux ou trois semaines ont suffi à l'articulation malade pour reprendre ses fonctions. En un mot l'arthrite guérit presque toujours d'elle-même sous l'influence de la parturition. »

Aussi ces auteurs avaient-ils établi la pratique de l'accouchement prématuré dans l'espoir d'une guérison plus prompte et plus complète de la maladie articulaire.

MM. Tracou et Bué, dans les *Archives de tocologie* écrivent : « L'affection étant sous la dépendance de la grossesse la conclusion naturelle qui s'impose est de mettre un terme à cette grossesse. » M. Gaulard, dans son *Traité d'accouchement et maladies des femmes en couches* se déclare partisan de la provocation du travail.

Dans le *Manuel pratique d'accouchement et d'allaitement* de Budin, Demalin, nous lisons : « Quand l'affec-

tion a commencé pendant la gestation, elle reste stationnaire jusqu'à l'accouchement, après lequel survient une amélioration. »

Quant à nous, nous ne croyons pas à l'influence favorable de l'accouchement. Si dans quelques cas l'arthrite a pu céder peu après la délivrance, il est aussi plus fréquent de la voir continuer sa marche. Souvent même les symptômes d'une arthrite déjà existantes s'exagèrent après la parturition. Nous en donnons pour preuve l'observation de M. Bar, dans laquelle une femme prise au cours de sa grossesse d'une arthrite, accuse, cinq jours après son accouchement, alors que les suites de couches n'avaient été troublées par aucun accident du côté de l'utérus, un retour offensif des douleurs au niveau de son poignet gauche.

D'ailleurs dans les observations que nous publions, les manifestations articulaires ne se déclarèrent que dans les premiers jours qui suivirent l'accouchement. Georgiadès, J. Pinard, et Patenôtre, dans leurs thèses, ont rapporté des cas semblables.

Donc non seulement l'heureuse influence de l'accouchement sur l'évolution de l'arthrite nous semble ne pas exister, mais il nous paraît même que souvent il a été l'occasion d'une poussée articulaire nouvelle.

Sachant que la période menstruelle favorise le rhumatisme blennorrhagique, quelques auteurs se sont demandé si la puerpéralité ne la favorisait pas aussi. Verchère écrit : « Une circonstance en apparence accessoire vient prédisposer la malade au rhumatisme blennorrhagique : c'est la grossesse et l'accouchement.

Il semblerait qu'il se fait ici encore une infection mixte et que, sous l'égide du gonocoque, le poison puerpéral de concert avec lui, infecte l'organisme. C'est dans ces cas qu'on observe des arthrites suraiguës, des arthrites suppurées pouvant entraîner une terminaison fatale. »

Conformément à l'opinion de Verchère, nous avons vu précédemment que l'arthrite blennorrhagique augmentait de fréquence à mesure que la femme approchait du terme de sa grossesse et que les cas les plus nombreux, qui avaient été publiés, concernaient des femmes arrivées aux deux derniers mois ou récemment accouchées. Il faut donc bien admettre que l'état de puerpéralité n'est pas sans influence sur l'arthrite blennorrhagique. De plus, nous avons dit qu'un cinquième des cas environ évoluait vers la suppuration et dans les observations publiées il s'agissait bien, sans aucune contestation possible, d'une infection gonococcique, puisque les recherches bactériologiques les plus minutieuses et les plus rigoureuses mirent hors de doute la présence du gonocoque, à l'état de pureté, dans la sérosité purulente retirée de l'articulation.

Comment expliquer cette action aggravante de la puerpéralité sur l'arthrite blennorrhagique, déjà favorisée dans son apparition ? On en ignore la cause réelle. Cependant nous croyons qu'en considérant ce qui se passe pour les autres maladies pendant la grossesse nous arriverons à saisir la raison d'être de cette aggravation de l'arthrite blennorrhagique pendant la grossesse et surtout pendant les derniers mois et après l'accouchement.

Pour le cancer la grossesse est particulièrement néfaste. Le cancer du col en particulier se trouve toujours aggravé du fait de la gestation. Nous voyons son évolution devenir plus rapide, à mesure qu'on s'approche du terme, comme si le néoplasme y gagnait un surcroît de malignité.

Dans les deux derniers mois de la grossesse le chancre siégeant aux organes génitaux devient fréquemment phagédénique ; il étend sa base d'induration, sa coloration change et devient plus foncée, il a une tendance à s'accroître et à s'ulcérer, et dure quelquefois plusieurs mois. On constate également une aggravation des accidents secondaires qui siègent au niveau de la zone génitale. C'est ainsi que les plaques muqueuses de la vulve augmentent de nombre, prennent même souvent le caractère végétant. L'hypertrophie est telle dans certains cas qu'il peut en résulter de véritables tumeurs. Il semble donc bien que la grossesse donne à la syphilis une gravité toute spéciale.

Mais il n'y a pas seulement l'appareil génital qui offre une moindre résistance, c'est l'organisme tout entier qui est moins capable de résister, de lutter contre l'infection. On sait à quel point la grossesse favorise le réveil des accidents appendiculaires. L'état de gravidité aggrave cette maladie, dont la plupart des symptômes subissent une exacerbation notable.

Cette tendance à la septicémie se retrouve dans la tuberculose. La puerpéralité possède en effet une influence désastreuse sur la marche de la bacillose arrivée à la troisième période. D'après Freund la tuberculose

pulmonaire, passée inaperçue, peut devenir manifeste pour la première fois pendant la grossesse. De plus il n'est pas rare d'assister à une recrudescence des symptômes après l'accouchement, une tuberculose à marche latente prend immédiatement une marche aiguë, quelquefois même suraiguë.

Si maintenant nous envisageons les maladies infectieuses, nous voyons que l'organisme se laisse plus facilement envahir par les toxines microbiennes pendant la puerpéralité ; la fièvre typhoïde affecte souvent une allure grave. Dans le cours de la variole, chez la femme enceinte, l'avortement est fréquent ; si la grossesse est avancée et si la variole est intense, la mort de l'enfant est la règle et la femme succombe 60 fois sur 100. Le pronostic est moins grave si la grossesse est peu avancée. Il existe des observations où l'on a vu, sous l'influence de la puerpéralité et dès le deuxième jour après l'accouchement, une variole ordinaire devenir hémorragique.

Cette tendance à la septicémie qui existe pour la plupart des maladies, existe pour la gonococcie. N'avons-nous pas vu que la blennorrhagie est aggravée par la puerpéralité.

Ainsi donc, en même temps qu'il y a une diminution de force de l'individu au point de vue de la résistance aux maladies, il y a une aggravation de la virulence des microbes. Aussi n'est-il pas étonnant que le gonocoque exalté tende à envahir l'économie tout entière et que les complications de la blennorrhagie, et parmi celles-ci

l'arthrite blennorrhagique, subissent un accroissement de fréquence et une aggravation.

Ainsi s'explique la fréquence relative des arthrites à gonocoque dans les deux derniers mois de la grossesse, et de la forme suppurée, si rare ordinairement.

CHAPITRE V

Pronostic

Le pronostic de l'arthrite blennorrhagique pendant la puerpéralité est-il notablement différent du pronostic de cette affection ?

Bégouin dit : « Sur 48 faits, nous trouvons noté 12 fois la terminaison par ankylose et 11 fois par une raideur très marquée qui finira peut-être par ankylose. La guérison n'est survenue que 11 fois, car dans 14 autres la maladie continue à la sortie de la malade de l'hôpital. »

Pour Tison le pronostic est grave parce que l'affection se termine souvent par ankylose (11 fois sur 23 cas) et que la guérison n'a lieu que dans le quart des cas environ.

Dans la thèse de Georgiades, nous trouvons la statistique suivante : 7 fois la maladie a duré de un mois à un mois et demi ; 15 fois de deux à trois mois ; 8 fois de quatre à six mois ; 6 fois de six à huit mois.

Laborderie, dans sa thèse, présente une statistique à peu près semblable : 5 fois la durée a été de un mois à

un mois et demi : 4 fois de quatre à cinq mois ; 4 fois de cinq à six mois.

Sur 4 cas d'Alexandre : 1 fois il y a eu raideur définitive et tendance à l'ankylose ; 1 fois atrophie musculaire et raideur au poignet gauche et à l'épaule du même côté, persistant au moment de la sortie de la malade.

Dans une observation de M. Bar la malade est presque devenue une infirme. Les éminences thénar et hypothénar sont à peine apparentes, les muscles interosseux sont atrophiés : la main a subi une forte inclinaison sur son bord cubital. Il y a une excessive maigreur de l'avant-bras attenant due à l'atrophie des muscles.

Dans l'observation de M. Mosny l'atrophie musculaire du membre inférieur gauche fut rapide et considérable, et l'ankylose du genou gauche, immobilisé et comprimé pendant deux mois et demi, aurait été complète et définitive si on n'avait méthodiquement pratiqué la mobilisation et le massage, sitôt que l'apyrexie le permit. Grâce aux soins la guérison fut complète.

Enfin dans le cas récemment observé à la clinique Tarnier, la femme revue plus d'un mois après le début de l'arthrite présente une atrophie assez notable des muscles de l'avant-bras, malgré le massage que la malade se fait faire.

On le voit la maladie est grave par sa tenacité, par sa tendance à l'ankylose et par l'atrophie musculaire qui l'accompagne. C'est en somme le pronostic ordinaire de l'arthrite blennorragique qui lui convient. S'il ne met pas la vie de la femme en danger il menace

la fonction d'un membre, puisqu'il peut survenir une ankylose qui peut devenir le point de départ d'une infirmité irrémédiable.

Ce qui frappe le plus dans cette affection c'est l'atrophie musculaire, qui l'accompagne, atrophie musculaire rapide et précoce, qui peut mettre sur la voie du diagnostic. Cette amyotrophie quelquefois excessive est due très probablement à la toxicité du poison du gonocoque. Ce n'est pas l'immobilisation qui doit être donnée comme cause de l'atrophie, puisque après des immobilisations de cinquante jours nécessitées par des fractures ou des phlébites, on ne trouve jamais une telle fonte des muscles.

Quant à l'arthrite suppurée, son pronostic, quoique réservé, l'est beaucoup moins que celui des pyarthrites à streptocoques, qui sont « d'une gravité presque constante (Mauclaire : *Traité de chirurgie* de Le Dentu et Delbet, III, 432), il y a une destruction, une dislocation de toute l'articulation, des fusées purulentes multiples, des érosions cartilagineuses étendues ».

Maintenant que nous connaissons le pronostic au sujet de la mère, étudions quel est le pronostic pour la grossesse, autrement dit qu'elle est l'influence de l'arthrite blennorrhagique sur la grossesse.

L'arthrite à gonocoques, n'étant qu'un pseudo-rhumatisme infectieux, dû à la gonococcie, est une maladie qui atteint l'organisme tout entier. Nous savons qu'à côté des intoxications locales de la blennorrhagie, il y a une intoxication générale, due au poison gonococcique, un des plus toxiques qui soit. On a même pensé

que les arthrites étaient d'ordre toxique. Mais ce qui est certain c'est que la blennorrhagie est une maladie générale, toxique et septique, qu'il existe une septicémie gonococcique.

Aussi devons-nous nous demander si, comme d'autres maladies infectieuses, l'arthrite blennorrhagique a une influence sur l'évolution de la grossesse.

Tous les auteurs qui ont étudié le rhumatisme survenant au cours de la grossesse, ne parlent pas de l'influence qu'exerce le rhumatisme sur la marche de la grossesse, ou, s'ils en disent quelques mots, c'est pour déclarer catégoriquement que cette influence est nulle et que la grossesse évolue tout aussi normalement que dans les cas ordinaires.

Georgiades dit : « Fait digne de remarque, le développement de ces arthrites même intenses ne semble pas provoquer l'avortement et, dans nos observations, on trouve que l'accouchement s'est fait à peu près aussi normalement que d'habitude. »

Alexandre écrit : « Le rhumatisme est favorable au point de vue de la grossesse, qui continue, malgré l'existence des arthropathies, son cours régulier et normal. »

Tel n'est pas l'avis de Lassort qui dans sa thèse sur le rhumatisme survenant au cours de la grossesse et des suites de couches, insiste sur l'influence néfaste du rhumatisme sur la marche de la grossesse. Il publie dix observations dans lesquelles la grossesse a été interrompue avant terme. Il conclut que l'avortement ou l'accouchement prématuré sont parfois la conséquence du rhumatisme puerpéral.

Les observations qu'il cite à l'appui de son dire ne sont pas concluantes. Dans la plupart des cas le salicylate de soude semble bien être la cause de l'avortement. D'ailleurs dans aucune des observations que nous avons recueillies, l'arthrite blennorrhagique n'a interrompu le cours normal de la grossesse : nous pouvons donc conclure, avec la majorité des auteurs, quelle ne trouble pas l'évolution normale de la grossesse.

CHAPITRE VI

Traitement

Puisque l'arthrite à gonocoques est une complication de la blennorrhagie, il semble naturel d'attaquer la blennorrhagie vaginale, uréthrale ou cervicale qui a donné naissance à la maladie articulaire. Aussi lorsque chez une femme on constatera des pertes abondantes, ayant plus ou moins le caractère gonococcique, on devra faire prendre des injections vaginales de 2 à 4 litres, tous les jours ou même plusieurs fois par jour, dans le décubitus horizontal, sous une faible pression et à la température de 37°. Le mieux sera d'employer un antiseptique non dangereux dont le meilleur est le permanganate de potasse à 0 gr. 50 pour 1.000 grammes.

On devra continuer les injections après l'accouchement. Nous savons en effet depuis les travaux de Giles et de Sanger, que les femmes blennorrhagiques sont exposées, dans les jours qui suivent l'accouchement, à des accidents plus ou moins graves d'infection. Le milieu lochial étant essentiellement favorable au développement du gonocoque celui-ci se multiplie toujours d'une façon anormale dans les premiers jours qui sui-

vent l'accouchement. Le traumatisme que subit le col pendant le travail a pour résultat, d'après tous les bactériologistes, d'amener une pullulation considérable de gonocoques qui pourraient même devenir plus gros, plus florissants qu'à l'ordinaire. Le gonocoque se multiplie surtout du quatrième au sixième jour, et à ce moment il existe à l'état de culture pure. Le gonocoque ainsi exalté pourra donc entrer dans la voie vasculaire et donner lieu à une septicémie gonococcique. De là toute l'importance de chercher à détruire le microbe, sans cependant recourir à des moyens trop énergiques, car il est d'observation courante de voir surtout apparaître l'arthrite blennorrhagique à la suite d'un traitement brutal.

Le traitement de l'arthrite blennorrhagique pendant la puerpéralité ne diffère pas sensiblement du traitement ordinaire de cette affection. Au début on pourra donner du salicylate de soude et du sulfate de quinine pour s'assurer de l'exactitude du diagnostic, tout en se rappelant que pendant la grossesse les médications doivent être timides.

Si l'on consulte les différents auteurs qui ont écrit sur le traitement de l'affection qui nous occupe, on se rend compte qu'il est peu de maladies pour lesquelles autant de procédés thérapeutiques ont été proposés que pour les arthrites blennorrhagiques. La multiplicité des médications successivement mises en œuvre et préconisées prouve combien ce genre d'affection est trop souvent exceptionnellement rebelle.

La première indication est de supprimer ou de di-

minuer la douleur. On s'adressera aux médications analgésiques : liniments laudanisés ou chloroformés. Cela fait on s'efforcera d'obtenir une immobilisation absolue de la jointure malade, et la plupart du temps ce sera le meilleur moyen d'amener la cessation des douleurs. L'immobilisation complète et immédiate du membre sera faite en position convenable dans une gouttière : on y joindra la compression ouatée.

S'il y a de l'épanchement dans l'articulation on fera une ponction aseptique, qui renseignera sur la nature du pus qui est purulent plus souvent que ne le donnent à penser les phénomènes locaux ou généraux. Si le liquide retiré est purulent, c'est là qu'apparaît toute l'importance du diagnostic étiologique, car la conduite sera différente suivant qu'on aura affaire à du streptocoque ou du gonocoque.

Tout le monde est d'accord de pratiquer l'arthrotomie dans les cas d'arthrites suppurées à streptocoques ou à staphylocoques. Doit-on avoir la même conduite dans les cas d'arthrites suppurées à gonocoques ?

Quelques chirurgiens conseillent l'arthrotomie, même dans les arthrites blennorrhagiques aiguës, et ils considèrent celle-ci comme une opération d'urgence dans les pyarthrites à gonocoques. Ils disent obtenir ainsi d'excellents résultats, tant immédiats : sédation rapide de la douleur, chute de la température, amélioration de l'état général (et ils comparent la détente obtenue à celle qui suit le débridement d'une collection purulente); que consécutifs : absence de complications à distance, courte durée de la convalescence, retour de la mobilité

intégrale de l'articulation, très léger degré d'atrophie musculaire, absence constante d'ankylose.

M. Mosny, dans le cas d'arthrite qu'il observa, se contenta de faire de la compression ouatée et d'immobiliser le genou dans une gouttière et il obtint une guérison complète. Aussi ne croit-il pas qu'une ouverture large et précoce de l'articulation malade eût été capable de donner un résultat meilleur et plus rapide.

Dans les arthrites blennorrhagiques suppurées au cours de la puerpéralité, il vaut mieux escompter la résorption du pus, du moment qu'il ne contient que du gonocoque. Si l'on se trouvait en présence d'une arthrite à infection mixte, il y aurait lieu alors d'agir selon les circonstances.

M. le professeur Bar, s'appuyant sur les diverses observations d'arthrites blennorrhagiques suppurées, qui toutes ont guéri sans arthrotomie, pense qu'on doit se contenter d'une immobilisation rigoureuse dans la majorité des cas.

Malgré ces moyens, quelque rigoureux que soit le traitement dans son application, on voit souvent survenir l'ankylose et l'atrophie musculaire. On pourra éviter autant que possible ces graves complications en faisant de la mobilisation.

Quand doit-on commencer la mobilisation ?

Certains chirurgiens, dans la crainte de l'ankylose, ont commencé trop tôt à imprimer des mouvements à l'articulation, avant que l'inflammation y fût complètement éteinte et ils ont assisté à une recrudescence des phénomènes aigus, parfois très grave. M. Mauclaire dans

le *Traité de chirurgie* de Le Dentu et Delbet propose la mobilisation de bonne heure : « De bonne heure veut dire lorsqu'il n'y a plus de fièvre générale, ou d'hyperthermie locale, et surtout dès que la pression au niveau de l'articulation n'est plus douloureuse. »

On devra donc explorer soigneusement la jointure au point de vue de la douleur, et si l'on ne constate aucun point douloureux, commencer les mouvements, avec prudence et modération au début. Si les tentatives de mobilisation pratiquées sans violence ne déterminent que des douleurs passagères, elles doivent être continuées. Au cas où cette mobilisation serait suivie de souffrances persistant longtemps après chaque séance, on s'arrêterait pour attendre de nouveau l'extinction complète de la phlegmasie. C'est donc presque en tâtonnant qu'il faudra procéder : c'est une affaire de tact de la part du praticien.

A la mobilisation il faut associer le massage. Les séances de massage seront pratiquées chaque jour pendant une dizaine de minutes. On commencera par des manœuvres d'effleurage qui sont toujours mieux supportées, et on passera progressivement au pétrissage. Ces différentes manœuvres devront porter non seulement sur l'articulation malade, mais encore sur tout le segment du membre.

Lorsque après la période aiguë, malgré le massage et la mobilisation, l'arthrite menace d'évoluer vers la chronicité, on pourra essayer de la révulsion. On aura recours de préférence aux pointes de feu. On les appliquera légères et nombreuses.

OBSERVATIONS

Observation I (*Inédite*).

Due à l'obligeance de M. le Dr CATHALA, chef de clinique.

Marie R..., domestique, âgée de 24 ans, entre, le 6 janvier 1908, à la clinique Tarnier. C'est une primipare.

Il n'y a rien à noter dans ses antécédents familiaux (ascendants et collatéraux). Elle a toujours été bien portante, sauf la rougeole dans l'enfance.

Elle est réglée depuis l'âge de 14 ans 1/2, régulièrement. Elle a eu ses dernières règles du 20 au 25 avril 1907.

Rien de particulier pendant sa grossesse, sauf quelques vomissements au début.

Pas de pertes blanches, pas d'écoulement sanguin. Jamais de douleur pendant la miction.

Le 31 janvier. — A 3 heures du matin, rupture prématurée des membranes; à 6 heures du soir début des douleurs.

Le 1^{er} février. — A son entrée dans la salle de travail à trois heures du matin la dilatation est de 5 francs : le fœtus se présente par le sommet profondément engagé en O.I G.A. Les bruits du cœur sont bons. A 6 heures du soir la dilatation est com-

plète, la femme fait des efforts d'expulsion. A 6 h. 1/2 accouchement spontané d'une fille vivante du poids de 3.250 grammes. Petite lésion de la vulve près du méat : légère hémorragie arrêtée par la compression. A 7 heures du soir délivrance naturelle complète. Poids du placenta 600 grammes.

Après l'accouchement la température est de 36°7 et le pouls est à 85.

Le 2 février. — Dans la nuit du 1^{er} au 2 février, la femme a mal dormi par suite d'un léger endolorissement qu'elle a ressenti toute la nuit dans le poignet gauche.

Le matin, au réveil, la femme souffre plus nettement et il existe un peu de gonflement du poignet gauche. Après badiageonnage de la région à la teinture d'iode, le poignet est immobilisé dans un pansement ouaté, légèrement compressif. Le matin la température est à 36°7, le pouls à 78; le soir la température est à 37°, le pouls à 80.

Le 3 février. — Au matin, la température est à 37°, le pouls à 80.

La femme souffre toujours de son poignet gauche. Le gonflement est plus accentué. Il siège au niveau de l'union de l'avant-bras et de la main : les méplats de la région du poignet ont disparu. La peau n'est nullement rougie, elle semble plutôt un peu plus mate que celle de la région du poignet droit. A la palpation on sent de l'empâtement, mais il n'y a pas de fluctuation nette.

Il y a de la douleur spontanée que la malade compare à des lancements et à des picotements. A la pression la douleur siège au niveau de l'interligne radiocarpien; elle est surtout prononcée au-dessous de l'apophyse styloïde du radius, elle est beaucoup moindre du côté cubital du poignet.

Lorsque l'on mobilise la main sur l'avant-bras, la malade laissant les muscles en résolution complète, on ne provoque pas de douleur.

Les mouvements des doigts ne sont pas douloureux et il semble seulement que la malade soit gênée pour les remuer, par suite de l'immobilité dans laquelle elle maintient son poignet.

On continue la compression ouatée.

Il n'y a pas de douleur dans aucune autre articulation.

Le soir la température est à 36°8, le pouls à 80.

Le 4 février. — Même état.

Matin, température : 37°4. Pouls : 80.

Soir, température : 37°8. Pouls : 80.

Le 5 février. — Même état.

Matin, température : 37°4. Pouls : 85.

Soir, température : 38°2. Pouls : 85.

A l'examen, on ne trouve aucun signe d'infection utérine ou d'infection mammaire. L'utérus revient bien, est dur, non douloureux. Les lochies sont sanguinolentes, non fétides.

La malade est montée au service d'isolement.

Le 6 février. — Matin, température : 37°. Pouls : 82.

Même état du poignet.

Comme traitement on donne 1 gramme d'aspirine à la malade et on lui fait des frictions du poignet au salicylate de méthyle.

Le soir, la température est à 37° et le pouls à 90.

Le 7 février. — Matin, température : 36°6. Pouls : 80.

On administre à la malade deux verres d'eau de Sedlitz.

Le soir, la température atteint 38°3 et le pouls 90.

Le 8 février. — Le matin, la température revient à 37°1 et le pouls à 70. La malade semble aller mieux.

Le soir la température est à 36°6 et le pouls à 60.

Le 9 février. — Le matin la température remonte de nouveau à 39° et le pouls est à 100.

Dans la matinée, la malade se plaint de vives douleurs dans le poignet. On continue le même traitement que les jours précédents, c'est-à-dire l'aspirine et le salicylate de méthyle.

Le soir, la température est à 38° et le pouls à 100.

Le 10 février. — Le matin, la température redescend à 36°7 et le pouls à 82.

Les jours suivants, apyrexie définitive.

Le 20 février. — La malade est redescendue dans le service. La température est à 36°9, le pouls à 80.

Le poignet est toujours gonflé. La douleur est peu marquée, elle a surtout diminué depuis la veille, selon la malade.

Il y a un léger écoulement vaginal jaunâtre qui aurait débuté il y a deux jours.

Un peu du liquide purulent qui est dans le méat urinaire est étalé sur une lame.

Puis après examen au spéculum qui montre un col rouge vif, avec quelques érosions, un second prélèvement de pus est fait dans le canal cervical et étalé sur une lame.

A l'examen du frottis du liquide prélevé dans le méat urinaire, on voit presque exclusivement des gonocoques, la plupart libres, quelques-uns intra-cellulaires.

A l'examen du frottis du liquide, prélevé dans le col utérin, on trouve quelques gonocoques.

On pratique alors une ponction, dans l'articulation du poignet avec une seringue de Pravaz, et on ne ramène que quelques gouttes d'un liquide un peu sanguinolent. Il n'est pas très certain que l'articulation malade ait été ponctionnée.

Le liquide retiré, ensemencé sur gélose simple et sur gélose au sang ne donne aucune culture microbienne.

Le 27 février. — La malade quitte le service. Le gonflement a presque complètement disparu. La malade ne souffre pas et commence à faire remuer son poignet.

Le 7 mars. — On revoit la malade. Tous les mouvements existent dans le poignet qui est d'aspect normal. Il y a une atrophie assez notable des muscles de l'avant-bras. La malade se fait faire des massages en ville.

Observation II (Inédite).

Due à l'obligeance de M. le Dr LEQUEUX, chef de clinique.

Marie G..., âgée de 22 ans, domestique.

Réglée à 15 ans.

Rien de particulier à noter dans ses antécédents héréditaires et personnels. Elle n'a jamais été malade, n'a jamais eu de rhumatisme.

Elle a eu ses dernières règles le 1^{er} novembre.

Rien à signaler pendant sa grossesse.

Accouchement normal, prématuré, le 12 juillet, d'un garçon pesant 1.925 grammes.

Délivrance normale.

L'enfant est vivant actuellement et bien portant.

La femme avait depuis un mois des pertes blanches, sans douleur à la miction : ses pertes empesaient le linge. On constate aujourd'hui en examinant la femme des pertes abondantes, verdâtres, d'aspect gonococciques.

Le septième jour après l'accouchement, alors que tout avait été normal jusqu'à ce moment, la femme présente une légère

élévation de température: 37°6 et le lendemain, le 19 juillet, 38°2. Le soir, en même temps, cette femme se plaint de douleurs généralisées à presque toutes les articulations. On se trouve en présence d'une poly-arthrite aiguë prenant le genou droit, le coude gauche, les deux poignets; les petites articulations sont indemnes. La pression y est douloureuse, les mouvements spontanés et provoqués sont douloureux; il n'y a pas d'œdèmes, la peau est droite, blanche comme dans le rhumatisme; il n'y a pas non plus de rougeur au niveau des articulations.

Le lendemain, 20 juillet, la température baisse et les douleurs de poly-arthrite disparaissent progressivement, alors qu'apparaît sur la face dorsale du corps, à droite, une tuméfaction fluctuante, parallèle à l'axe de la main et résidant au-dessous dans une gaine tendineuse des extenseurs; la peau y est rouge, la pression douloureuse.

Le 21. — La température est tombée, mais la douleur du poignet et la tuméfaction fluctuante dorsale du poignet persiste, plus accentuée et moins rouge. On fait des onctions au salicylate de méthyle.

On fait l'examen du pus vaginal au laboratoire. On y trouve du gonocoque en très grande abondance dans les cellules et en dehors d'elles.

Le 22. — Survient une synovite au niveau du tarse (pied droit), identique à celle de la main.

Le 23. — Les douleurs du poignet sont très intenses.

Le 25. — On fait une ponction de la gaine synoviale du poignet et on retire un liquide louche, que l'on centrifuge et ensemente sur gélose au sang.

A l'examen direct du culot de centrifugation, on trouve quelques rares gonocoques, indéniables; la plupart intra-cellulaires

et en grains de café. Le gram n'est pas net parce qu'il y a un peu de microbe.

Du 26 juillet au 5 août. — La malade ne présente rien de particulier. La température est voisine de 37°. Les douleurs semblent disparaître. Les doigts redeviennent plus mobiles. On fait encore quelques pointes de feu sur la face dorsale du poignet et on donne à la malade une potion au salicylate de soude.

Les cultures, faites sur gélose au sang, sont restées stériles.

Observation III

MOSNY ET BEAUFUMÉ (*Tribune médicale du 24 décembre 1904*).

Léonie M..., domestique, âgée de 28 ans, entre, le 10 février 1904, à l'hôpital Saint-Antoine, salle Nélaton, n° 4, parce qu'elle ressent, depuis quelques jours, de vives douleurs dans plusieurs articulations.

Il n'y a rien à noter dans ses antécédents familiaux (ascendants et collatéraux).

Née dans la Sarthe en 1875, elle est réglée depuis l'âge de 15 ans ; elle habite depuis sept ans Paris, où elle est placée comme cuisinière.

Elle s'est mariée il y a un an ; son mari, bien portant, ne paraît pas avoir de blennorrhagie, sans que nous l'ayons pourtant personnellement vérifié.

Elle avait longtemps avant son mariage des pertes blanches, surtout abondantes après les règles, et qui, depuis un an, sont devenues plus épaisses, jaunâtres et tachent le linge.

Le 24 janvier 1904. — Elle accoucha d'un garçon, à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de M. le Dr Bar, à qui nous devons les détails suivants :

Primipare à terme. Rupture spontanée des membranes une heure avant l'accouchement. Accouchement : sommet en G. A., dégagement en O. P. Poids de l'enfant : 3.700 grammes ; du placenta : 500 grammes. Délivrance naturelle. L'enfant n'a pas eu de lésions oculaires.

Les suites de couches ont été normales, sauf, le quatrième jour, une ascension de la température à 40°, mise sur le compte de la grippe. Apyrexie le lendemain ; nouvelle ascension thermique le surlendemain à 38°, puis apyrexie définitive.

Malgré les conseils qu'on lui donne, le malade quitte l'hôpital neuf jours après l'accouchement, le 2 février.

Trois jours après, le 5 février, légères douleurs dans l'épaule et le coude gauches, et sueurs nocturnes abondantes. Le genou gauche se prend le lendemain, puis le poignet gauche, et le 10 février, la malade entre à l'hôpital.

L'examen de la malade, pratiqué le 11 février, nous montre une femme robuste, au teint coloré, qui se plaint de douleurs articulaires ; les articulations du coude droit, du poignet et de l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil gauche sont tuméfiées, rouges, douloureuses. Le genou gauche est particulièrement tuméfié, peu douloureux spontanément, mais les mouvements sont impossibles, très douloureux : les culs-de-sac supérieurs de la synoviale articulaire sont très distendus.

Les appareils circulatoires (cœur et vaisseaux) et respiratoire sont absolument normaux.

La langue est rosée, l'appétit conservé, les selles régulières.

La miction n'est pas douloureuse ; les urines ne renferment ni sucre, ni albumine.

Le toucher vaginal montre des culs-de-sac dépressibles, indo-

lents, un col utérin gros, mou, légèrement déchiré, indolent. Il y a quelques pertes blanches très peu abondantes.

Le traitement consiste en enveloppements au salicylate de méthyle, avec administration quotidienne de 1 gr. 50 de sulfate de quinine.

Les jours suivants, la plupart des articulations malades redevennent libres, sauf le genou gauche qui rougit et se tuméfie davantage.

Le 18 février. — Une ponction évacuatrice retira du genou gauche 40 centimètres cubes de sérosité purulente verdâtre : on retire encore 1 centimètre cube du même liquide séro-purulent, le 25 février. Cette sérosité purulente renferme uniquement des polynucléaires ordinaires et normaux; on n'y trouve, à l'examen microscopique, ni streptocoques, ni gonocoques.

L'ensemencement de 1 centimètre cube de cette même sérosité purulente sur gélose et dans du bouillon ordinaire demeure stérile à l'étuve à 38° ; dans le pus jaunâtre qui s'est déposé au fond du tube de bouillon, on trouva néanmoins quelques gonocoques très nettement colorés.

Les cultures sur sérum et sur sang gélifié donnent, au bout de quarante-huit heures, des résultats positifs : il s'agit de cultures pures de gonocoques dont le réensemencement sur gélose ordinaire ne donne qu'une seule colonie de gonocoques.

On ne trouva de gonocoques ni dans le mucus vaginal, ni sur les parois de l'urètre.

Traitement : Le 18 février, compression ouatée et immobilisation du genou gauche dans une gouttière. Administration du salicylate de soude à la dose de 8 grammes, lentement et progressivement abaissée jusqu'à sa suppression totale le 9 mars.

Le 27 février, on constate une congestion légère (râles cré-

pitants fins) des bases des deux poumons, surtout du côté gauche.

Le 6 mars, apparut, à la face dorsale de la deuxième phalange de l'index droit, un panaris superficiel dont le pus, évacué, contenait du streptocoque pyogène à l'état de pureté. Ce furent là des incidents passagers, sans conséquences, dans l'évolution de ce rhumatisme gonococcique.

L'inefficacité du traitement salicylique sur l'arthropathie du genou gauche qui restait rouge, gros, douloureux et impotent, nous amena à supprimer cette médication le 9 mars et à lui substituer cinq grammes de salaphène par jour, du 15 au 25 mars. Il y avait, dès cette époque, une atrophie considérable des muscles du membre inférieur gauche. Le salophène fut aussi complètement inefficace sur les phénomènes objectifs ou subjectifs, sur les troubles locaux ou généraux, que l'avaient été successivement le sulfate de quinine et le salicylate de soude. Toute médication fut supprimée le 25 mars; on ne maintint que l'immobilisation et la compression de l'articulation malade.

Le 5 avril, la température redevint définitivement normale, mais, le genou restant très sensible, on ne cessa de l'immobiliser et de le comprimer que le 23 avril, et l'on commença à faire tous les deux jours d'abord, puis tous les jours, le massage du membre malade et la mobilisation du genou. L'atrophie était telle, à cette époque, que la circonférence de la cuisse et celle de la jambe étaient de 2 centimètres inférieurs à celles du membre inférieur droit : la circonférence du genou, au-dessus et au-dessous de la rotule, était, au contraire, supérieure de 2 à 3 centimètres du côté malade, à ce qu'elle était du côté sain; la tuméfaction du genou malade contrastait ainsi d'une façon frappante avec l'atrophie des muscles de la cuisse et de la jambe.

Grâce au massage, les mouvements du genou commencent à se faire sans douleur, dès le 14 mai seulement, et, le 27 mai, la malade quitte l'hôpital, pouvant marcher sans claudication. Mais l'atrophie musculaire ne s'est guère modifiée; elle persiste au même degré à la jambe : elle s'est même accrue de 2 à 3 centimètres à la cuisse, et le genou est demeuré aussi gros. La malade avait séjourné trois mois et demi à l'hôpital.

Observation IV

LOP. (*Gazette des hôpitaux*, 1903, n° 98.)

Primipare, 33 ans, couchée n° 2 de la clinique obstétricale, service de M. le professeur Quérel. Entrée le 30 mars 1903 en prévention d'infanticide.

Cette femme s'est accouchée le 26 mars au sixième mois d'un enfant qui a été trouvé mort à côté d'elle et que l'on suppose avoir succombé à des manœuvres criminelles. La délivrance paraît avoir été normale.)

Elle est arrivée dans le service le quatrième jour de l'accouchement sans que rien d'anormal eût été constaté jusqu'alors.

Le 1^{er} avril au soir légère élévation de la température avec apparition d'une douleur dans le coude droit.

Le 2 avril le coude est très douloureux, il a augmenté de volume, il est rouge et chaud : l'avant-bras fléchit légèrement sur le bras : il existe un léger œdème en arrière de l'olécrâne sur les côtés et sous l'insertion tricipitale ; le doigt perçoit une fluctuation manifeste : l'épanchement, bien que très net, paraît cependant peu abondant.

Les mouvements de flexion et d'extension de l'avant-bras sur

le bras sont très douloureux : les mouvements de pronation et de supination sont conservés et ne provoquent qu'une douleur modérée s'ils ne sont pas exagérés. Seule l'articulation du coude est prise et la malade ne se plaint uniquement que d'un écoulement vaginal assez abondant qui a déterminé un peu d'érythème des grandes lèvres, elle accuse en outre des mictions fréquentes et douloureuses, depuis le second jour de son accouchement.

Du 2 avril au 8 avril la température s'est maintenue autour de 38° avec un état général relativement satisfaisant, mais avec une aggravation sensible des troubles urinaires.

A partir du 8 avril la tuméfaction articulaire a diminué progressivement et le 15 il n'y avait pour ainsi dire plus de trace de l'arthrite, néanmoins par précaution je garde la malade quelques jours encore et le 21 je la renvoie dans le service des consignés où elle doit attendre le résultat de l'instruction judiciaire dont elle est l'objet.

La vaginite et la cystite sont très notablement améliorées.

Examen bactériologique. — En présence d'une localisation articulaire aussi nette et avec si peu de réaction générale au cours de la puerpéralité, j'avais aussitôt songé à de l'infection blennorrhagique que l'examen bactériologique est venu confirmer.

L'examen de l'écoulement vaginal a démontré, outre de nombreux staphylocoques et quelques bacilles difficiles à caractériser, une très forte proportion de gonocoques de Neisser.

Observation V

BAR (*Presse Médicale*, 28 novembre 1895).

Primipare de 21 ans, exerçant le métier de domestique. Elle a toujours joui d'une excellente santé. Pendant les premiers mois de sa grossesse, elle n'a éprouvé d'autres troubles de santé que quelques nausées, quelques vomissements, qui ont vite disparu. Elle affirme n'avoir pas eu de leucorrhée qui ait attiré son attention et n'avoir jamais éprouvé aucun des symptômes habituels de l'urétrite.

Entrée à la clinique le 25 septembre, elle est prise, la veille, tout à coup, sans cause apparente, de frissons violents avec claquements de dents et malaise intense. Ces frissons se répètent pendant toute la journée et dans la nuit qui suit. En même temps, elle ressent d'assez vives douleurs dans l'articulation du poignet droit. La région articulaire est tuméfiée et il existe à son niveau une légère éruption érythémateuse.

Accouchement le jour même de son entrée, étant au dernier jour de sa grossesse. L'accouchement est normal. Le fœtus se présente par le sommet en O.I.D.P. La période d'expulsion dure une heure environ.

Cependant les phénomènes articulaires vont en s'accroissant : pendant les jours qui suivent l'accouchement, successivement le genou droit, le poignet et le coude gauches, ensuite l'épaule et le genou de ce même côté, sont atteints ; la température, pendant ce temps, reste relativement peu élevée ; le thermomètre placé dans l'aisselle marque le soir 37°4 ; une fois, la température s'éleva à 38°4. L'état général reste bon.

On porte d'abord le diagnostic de rhumatisme articulaire franc, d'autant plus que la malade en a tout le facies.

La température continue à s'élever pour atteindre ses maxima de 39°8 et 39°7 au dixième jour.

Le salicylate de soude et le sulfate de quinine à haute dose sont sans effet.

Si les articulations des poignets, du coude deviennent moins douloureuses, l'état du genou droit va en s'aggravant; le gonflement est plus considérable et la douleur locale plus vive.

Les jours suivants la synoviale se distend de plus en plus, la fièvre présente de grandes oscillations et comme la malade a eu au début de ses couches un écoulement lochial fétide, qui avait nécessité l'emploi d'injections intra-utérines, on craint une arthrite suppurée puerpérale, qui serait venu compliquer une simple arthrite rhumatismale du genou.

Le 15 octobre. — On fait une ponction dans l'articulation qui ramène 3 centimètres cubes de pus verdâtre, épais.

Immédiatement on ensemence avec ce pus trois tubes de gélose et un tube de bouillon.

Les ensemencements sur gélose et sur bouillon sont stériles.

A l'examen direct, sur six préparations du pus prélevé dans les tubes et coloré avec le bleu de Kühn, on rencontre sur cinq préparations, de-ci, de-là, englobés dans les globules blancs polynucléaires quelques coques ressemblant au microbe de Neisser. Enfin, sur une sixième préparation on trouve des gonocoques rares, mais très nets, les uns inclus dans des cellules lymphatiques, les autres situés en dehors de ces éléments. Aucun autre microorganisme n'existe dans le pus sur cette préparation.

Le mucus vaginal ne renferme aucun gonocoque. Par contre, dans le mucus urétral on peut facilement reconnaître, tant

dans les globules blancs que dans les espaces libres de nombreux gonocoques.

Observation VI

BAR (*Presse médicale*, 1895, 28 novembre).

Femme de 24 ans, accouchée pour la deuxième fois le 3 novembre. Rien de spécial dans ses antécédents.

Elle a ses dernières règles du 12 au 17 janvier 1895.

Depuis longtemps, elle est atteinte d'une leucorrhée assez abondante, qui, d'après les renseignements qu'elle fournit, n'a jamais été compliquée d'urétrite et n'a pas davantage donné lieu à de la vaginite ou de la vulvite.

Pendant le premier mois de la grossesse actuelle, l'écoulement leucorrhéique prend une intensité plus grande, sans que cependant la malade y attache de l'importance. Dans le courant du deuxième mois, sans qu'on puisse accuser aucune cause apparente, cette femme ressent dans l'articulation métacarpo-phalangienne du médius droit une douleur assez intense, continue, avec crises d'exacerbation spontanées et s'exagérant pendant les mouvements ainsi qu'à la pression. Il y a en même temps un peu de raideur articulaire ; mais, c'est à peine si l'on constate un léger gonflement de la région malade. Dans le courant du troisième mois, vers la mi-avril, l'articulation du poignet droit se prend à son tour ; les mouvements deviennent pénibles et douloureux ; pourtant, ici encore, le gonflement reste minime, aussi la malade peut-elle continuer son métier de cuisinière.

Ces phénomènes se continuent sans grands changements jusqu'à dans les premiers jours du mois d'août. Pendant ces trois

mois, la leucorrhée persiste avec la même intensité et se complique d'épreintes vésicales, de mictions douloureuses, liées sans doute à l'envahissement de l'urèthre par l'infection. La malade ne se soucie pas plus de ces accidents que de sa leucorrhée.

Vers la mi-août, se produit une notable aggravation : les accidents articulaires prennent rapidement une acuité plus grande, l'articulation du poignet droit devient plus douloureuse et le gonflement s'accroît ; les plus légers mouvements sont impossibles.

A cette époque la malade entre à la clinique. A partir de ce moment on observe la marche lente de cette arthrite, et son évolution sans s'accompagner d'un seul mouvement fébrile.

Cette femme accouche le 3 novembre, ses suites de couches sont normales. L'enfant, dans les yeux duquel on a fait après la naissance une instillation de nitrate d'argent, n'a pas eu d'ophtalmie.

Cependant le poignet se montre très déformé. A l'examen de la région on constate que les plis cutanés de la face antérieure du poignet ont disparu ; il n'existe plus trace des fossettes radiale et cubitale : la tabatière anatomique est à peine marquée, et, sur la face dorsale, il subsiste un gonflement qui ne permet pas de percevoir avec une aussi grande netteté qu'à l'état normal les tendons des extenseurs. Le relief des extrémités inférieures du radius et du cubitus est masqué par l'empâtement des parties molles ; à la pression, la région est un peu douloureuse ; les extrémités inférieures des deux os de l'avant-bras ont conservé leur mobilité l'une sur l'autre. Les mouvements d'extension et de flexion sont limités et encore douloureux. A la main les éminences thénar et hypothénar sont à peine apparentes, les doigts sont effilés ; il y a de l'atrophie des muscles

interosseux ; la main est fortement inclinée sur son bord cubital. Si l'on compare tout ce segment de membre, avant-bras, poignet et main, avec les parties homologues du membre supérieur du côté opposé, on se convainc que, pour avoir paru légère, cette arthrite du poignet a laissé des traces bien sérieuses ; cette femme est presque une infirme.

M. Bar, pour étayer plus solidement son diagnostic d'arthrite blennorrhagique, a, dès le milieu d'octobre, procédé à l'examen bactériologique des écoulements vaginaux et du revêtement épithélial de la muqueuse du vagin, isolé par le raclage. Il a constaté que, dans le mucus vaginal, il y avait, autour et dans les cellules épithéliales, de nombreux bacilles, parfois longs, le plus souvent courts, avec quelques microcoques, mais rien qui ressemblât à des gonocoques.

Au contraire des débris épithéliaux provenant du raclage de la muqueuse uréthrale ont montré, tant en dehors que dans l'intérieur des cellules, à côté des microcoques et de bacilles banals, des groupes de gonocoques, avec leur aspect caractéristique.

Cinq jours après son accouchement, cette femme dont les suites de couches n'ont été troublées par aucun accident du côté de l'utérus, accuse quelques sensations douloureuses au niveau de son poignet gauche. Celui-ci est un peu tuméfié, et même il semble que l'on trouve un peu de fluctuation. Cependant la ponction capillaire qu'on pratiqua, prouva que cette articulation ne contenait pas de liquide.

Observation VII

BÉGOUIN (*Gaz. hebdom. des Sc. méd. de Bordeaux*,
28 nov. 1897).

Marie Ch... est une jeune femme de 26 ans, qui tient un magasin de chapellerie. Quoique de tempérament lymphatique, elle n'a jamais été malade : et en particulier on ne trouve chez elle ou dans ses antécédents héréditaires aucune trace de rhumatisme ou de tuberculose.

Au mois de mai 1897 elle était au quatrième mois d'une deuxième grossesse jusque-là normale, quand, sans cause connue, elle fut prise d'une douleur légère au genou gauche, qui augmenta en même temps de volume. Elle peut cependant continuer à marcher pendant quelques jours, en boitant. Mais dix jours plus tard environ, le 18 mai, elle ressent subitement pendant la nuit une très vive douleur dans son genou. Elle fait aussitôt appeler notre ami, le Dr Estradère, qui trouve tout le genou gauche tuméfié; il a 38 centimètres de circonférence tandis que l'autre n'en présente que 33. La peau est rosée, chaude, tendue. On perçoit de la fluctuation dans la synoviale, et tout autour de l'articulation il y a un empâtement œdémateux.

Les mouvements sont impossibles, ils arrachent des cris à la malade.

L'état général est cependant très bon, cette jeune femme a bon appétit, elle n'a qu'une fièvre très légère qui atteint à peine 38°.

En face de ces symptômes le Dr Estradère pensa à une arthrite blennorrhagique. La jeune femme avait en effet une leucorrhée assez abondante depuis quelques mois, et son mari présentait

un léger écoulement urétral qui avait succédé à une blennorrhagie datant de quatre ans et qui n'avait pu guérir complètement, bien que soignée par un des meilleurs spécialistes de notre ville.

Le 26 mai. — M. Estradère voulut bien me montrer sa malade.

Je trouvai les mêmes symptômes que ceux déjà notés, mais la douleur s'était un peu calmée et on pouvait faire exécuter quelques mouvements à l'articulation sans occasionner trop de souffrances.

Comme la synoviale était fortement distendue nous décidâmes de faire une ponction évacuatoire, qui donna issue à 80 grammes environ d'un liquide séro-purulent.

J'en recueillis aseptiquement deux pipettes, dont j'examinai aussitôt le contenu au laboratoire de M. le professeur agrégé Sabrazès, qui voulut bien contrôler nos recherches.

L'examen direct au bleu de méthylène de Kühne montra quelques leucocytes remplis de cocci associés deux à deux, se regardant par leur concavité, et qui se décoloraient par la méthode de Gram. C'étaient donc bien des gonocoques.

Les cultures restèrent négatives. Nous les avons faites, à défaut de sérum d'ascite, sur de la gélose ensanglantée (méthode de Pfeiffer).

Ce résultat négatif des cultures, sans être naturellement aussi démonstratif que si on avait pu y trouver des gonocoques, serait déjà à lui seul une présomption en faveur de la nature blennorrhagique du pus, les autres microbes se développant en effet bien mieux que le gonocoque.

Ce fait vient une fois de plus montrer la supériorité, pour la recherche de certains microbes, de l'examen direct.

La malade fut, le 30 mai, placée dans une gouttière métallique. Toutes les nuits, de minuit à 4 heures, elle souffrait beaucoup. Le membre fut alors mis dans un appareil plâtré, les douleurs n'ont plus reparu depuis.

Aujourd'hui, 12 juillet, le genou est gros, empâté, mais sans liquide et presque indolent. Les mouvements y sont possibles et ne déterminent pas de douleur ; mais il y a une atrophie très marquée du quadriceps crural.

Observation VIII

BÉGOVIN (*Gaz. hebdom. des Sc. méd. de Bordeaux*,
28 nov. 1897).

Le 20 avril 1897, il entra à la Clinique obstétricale de l'hôpital Saint-André une jeune femme de 24 ans, tailleuse, qui ressentait les douleurs d'accouchement.

Marie G... avait perdu son père, en 1891, de phtisie, sa mère était bien portante. Elle-même, réglée depuis treize ans, d'une façon régulière, a toujours joui d'une bonne santé ; jamais elle n'a présenté de signes de scrofule ou de rhumatisme.

Bien qu'elle ne soit pas mariée, elle a déjà eu trois enfants ; chaque fois l'accouchement a eu lieu à terme et s'est bien passé, de même que les suites de couches.

Elle est actuellement enceinte de cinq mois et demi et présente les apparences d'une bonne santé. Le soir même de son entrée, cette malade accouche d'un enfant du sexe masculin de 670 grammes, qui ne vit que quelques instants.

La délivrance se fait aussitôt ; on constate que le placenta était inséré très bas, et c'est à cette cause qu'on rattache l'avortement dont on ne trouve pas d'autre explication.

Quarante-huit heures après son avortement, la malade ressent une douleur très vive dans le poignet gauche, le poids du drap ne peut être supporté, le moindre mouvement lui arrache des cris. Toute la région du poignet est empâtée, sans rougeur. La tuméfaction s'étend sur le dos de la main et à la partie inférieure de l'avant-bras.

La température est de 38°. L'état général reste bon, il n'y a pas de sueurs, pas de douleurs dans les autres articulations.

Du côté de l'utérus, rien d'anormal.

On apprend alors que cette femme a eu des pertes jaune verdâtre abondantes depuis deux mois, ainsi que des douleurs en urinant.

La pression fait encore sourdre du pus de l'urètre.

Examiné au bleu de méthylène de Kühne, on voit que des leucocytes sont remplis de cocci disposés par groupes, en forme de grains de café se regardant par leur convexité.

La méthode de Gram les décolore : on ne peut songer qu'à des gonocoques, dont ce sont là tous les caractères. Le diagnostic d'arthrite blennorragique s'impose.

Le poignet est immobilisé et l'on fait deux fois par jour des injections urétrales et vaginales d'une solution de permanganate de potasse. Au bout de trois jours, la fièvre a disparu, la malade ne ressent plus aucune douleur et le gonflement a diminué : il disparaît de jour en jour, et treize jours après le début de cette arthrite, il y a une guérison si complète qu'il n'en reste plus ni trace physique, ni fonctionnelle.

Observation IX

LEFOUR ET FIEUX (*Gaz. hebdom. des Sc. méd. de
Bordeaux* : 1896, n° 24).

Le 17 mars dernier arrivait à la Maternité une jeune femme âgée de 17 ans. Enceinte de huit mois et demi, elle se présentait pour une affection très douloureuse du genou droit.

Nous pouvons recueillir les renseignements suivants : Son père est mort, à 56 ans, d'une pneumonie. Sa mère, actuellement bien portante, a eu trois enfants qui tous sont aujourd'hui en excellente santé.

Réglée à 16 ans, d'une façon assez irrégulière, elle ne présente dans son passé pathologique que la rougeole à l'âge de 3 ans. Jamais de pertes blanches.

Ses dernières règles ont apparu du 28 juin au 2 juillet, sa grossesse est donc à ce moment dans la première moitié du neuvième mois.

Rien de particulier au début. Vers le cinquième mois apparaissent quelques pertes blanches qui, durant le septième, deviennent plus abondantes et légèrement jaunâtres. Elles n'em-pesaient pas le linge. Au commencement du neuvième mois, les envies d'uriner deviennent plus fréquentes et un peu douloureuses, surtout au début de la miction. Mais ces douleurs, très peu accusées, ne se montrent pas chaque fois, même pas tous les jours : elles ne reviennent qu'à intervalles assez éloignés.

Huit jours avant son entrée à la Maternité survient brusquement un léger gonflement indolore du genou droit, en même temps qu'une vive douleur envahit l'épaule gauche.

Ceci dure quatre jours, puis la douleur de l'épaule disparaît subitement, tandis que le genou droit à l'occasion d'une légère fatigue devient rapidement très douloureux.

Pendant six jours la douleur reste ainsi assez accusée, sans que le gonflement devienne plus notable.

Le 18 mars, à son arrivée, nous pouvons constater du côté du genou droit une tuméfaction limitée à l'articulation proprement dite. Pas de fluxion péri-articulaire. Les téguments sont blancs, de température normale. La pression est très douloureuse. Les mouvements de flexion et d'extension à peu près impossibles. Présence de liquide en petite quantité.

Pertes blanches peu abondantes. Rien du côté de l'urèthre, ni des glandes de Bartholin. Température : 37°4.

Le diagnostic porté est celui de rhumatisme blennorrhagique.

Rien de nouveau pendant le 19.

Le 20, à 1 heure du matin, accouchement naturel d'un enfant se présentant par le sommet en droite postérieure.

Cet enfant, pesant 2.800 grammes, présente, vingt-quatre heures après sa naissance, une conjonctivite légère qui cède complètement au bout de douze heures à quelques lavages boriqués.

Le matin, à 8 heures, nous pouvons remarquer que l'articulation est plus tuméfiée, plus douloureuse, contient plus de liquide. Pas de rougeur des téguments.

Pointes de feu. Immobilisation dans une gouttière.

Le lendemain soir : 38°2. Ponction de l'articulation avec une seringue de Pravaz qui ramène un liquide franchement purulent, de couleur jaune verdâtre.

Le surlendemain, à 4 heures, le thermomètre marque 39°2. A partir de ce moment, c'est-à-dire quatre jours après l'accou-

chement, l'articulation devient moins douloureuse et la température retombe à 37°4, pour ne plus remonter.

Pas la moindre atrophie des muscles de la jambe ou de la cuisse.

Les suites de couches sont aussi normales que possible.

Le 3 avril, douze jours après le début de l'immobilisation, on défait la gouttière. Le genou est toujours tuméfié et douloureux, mais ces phénomènes sont bien moins accusés qu'au lendemain de l'accouchement. Une ponction pratiquée à nouveau ne ramène rien.

Pointes de feu. La gouttière est remplacée.

Le 8 avril, la malade est envoyée dans le service de M. le professeur Lannelongue qui conclut lui aussi à une arthrite de nature blennorrhagique et continue une immobilisation rigoureuse.

Actuellement, c'est-à-dire trente-six jours après l'accouchement, l'état de cette femme est des plus satisfaisants. L'épanchement a disparu, la douleur à la pression est nulle et la malade commence à imprimer quelques mouvements à son articulation qui vient d'être débarrassée de la gouttière.

Afin de ratifier le diagnostic de rhumatisme blennorrhagique le liquide purulent retiré de l'articulation, le 21 mars, fut examiné, de même d'ailleurs que l'écoulement lochial.

Cet examen, très minutieux, pratiqué par M. Beylot, préparateur d'histologie à la faculté, est resté complètement négatif. Voici le détail de cet examen :

LIQUIDE VAGINAL. — Examen bactériologique : nombreuses cellules épithéliales, quelques microcoques qui ne rappellent le gonocoque de Neisser ni par leur forme, ni par leur disposition, ni

par leur réaction histochimique. Le bleu de méthylène, pas plus que la méthode de Gram, n'a rien donné.

Culture. — L'ensemencement sur sérum humain n'a rien donné, même au bout de quarante-huit heures : or, après trente-six heures, le gonocoque donne sur ce milieu de petites colonies transparentes, arrondies.

Sur gélose, les cultures sont également restées stériles.

PUS ACTICULAIRE. — Une quinzaine de préparations ont été faites sans résultat. Les unes ont été faites au bleu de méthylène, les autres d'après la méthode suivante : 1° fuchsine en solution aqueuse ; 2° solution de Gram ; 3° alcool absolu ; laver, puis traiter par : 4° bleu de Loeffler.

Les cultures faites sur les mêmes milieux que dans le cas précédent sont restées absolument stériles.

CONCLUSIONS

I. — La blennorrhagie est généralement aggravée par la grossesse surtout pendant les derniers mois. Il n'est pas rare de voir à cette période la blennorrhagie latente redevenir virulente.

II. — Chez la femme enceinte la blennorrhagie se complique plus souvent d'arthrite.

III. — Le rhumatisme puerpéral, tel qu'il a été décrit par Lorain et ses élèves, n'existe pas.

Dans certains cas les accidents sont dus à la septicémie puerpérale (par streptocoques le plus souvent) ou à une véritable crise de rhumatisme articulaire.

Ces cas (ce sont les moins nombreux) mis à part : la plupart des faits de rhumatisme puerpéral ne sont que des exemples de rhumatisme blennorrhagique.

IV. — Le rhumatisme blennorrhagique survenant pendant la puerpéralité affecte moins rarement que chez les femmes non accouchées la forme purulente.

V. — Aussi doit-on, toujours et avant tout, soupçonner la blennorrhagie, lorsqu'on reconnaît des manifestations articulaires chez une femme enceinte ou en couches.

On devra faire le diagnostic avec l'arthrite purulente due à l'infection puerpérale et avec le rhumatisme articulaire aigu, réveillé par la puerpéralité. Souvent l'examen bactériologique seul pourra donner la certitude du diagnostic.

VI. — Cette augmentation relative de fréquence et cette légère aggravation s'explique par la tendance à la septicémie qu'on observe à la fin de la grossesse et aussitôt après l'accouchement.

VII. — Le pronostic, très sérieux, sinon pour la vie, du moins au point de vue des fonctions de l'articulation, n'est guère différent du pronostic ordinaire de l'arthrite blennorrhagique aiguë. Celui de l'arthrite purulente est moins grave que celui de la pyarthrite à streptocoques. L'arthrite n'a pas d'influence sur l'évolution de la grossesse.

VIII. — Le traitement consistera dans l'immobilisation. Si l'arthrite est fluctuante, on pourra faire une ponction, qui renseignera sur la nature du liquide, lequel est purulent plus souvent que ne le donnent à penser les phénomènes locaux ou généraux. Si le liquide retiré est purulent et renferme du gonocoque de Neisser, il ne faut pas recourir à l'arthrotomie. L'on doit s'en tenir

à une immobilisation rigoureuse, sans négliger toutefois de surveiller l'articulation malade et de lutter contre l'ankylose, dès que les phénomènes inflammatoires auront totalement disparu.

Vu : le Président de la thèse

PAUL BAR

Vu : le Doyen :

LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris

L. LIARD

BIBLIOGRAPHIE

- ALEXANDRE. — Contribution à l'étude du rhumatisme pendant la grossesse. (*Thèse Paris*, 1883-84).
- AUDEBERT. — *Annales de gynécologie*, 1903, p. 423-452.
- BAR. — Du rhumatisme blenn. et de la puerpéralité (*Pressé médicale*, 28 nov. 1895, p. 469).
- BAR. — Pratique de l'art des accouch., tome II.
- BÉGOUIN. — Deux cas d'arthrite blenn. de la gros. (*Gaz. hebdom. des Sc. méd. de Bordeaux*, 1897, 28 nov., n° 48, p. 569).
- Du pseudo-rhum. puerp. Son identité avec le rhum. blenn. (*Annales de gynécologie*. Janv. 1898, vol. 49).
- *Bulletin de la société de gynécologie de Bordeaux*, 1897.
- BRAILLON. — *Écho médical du Nord*, 1905, p. 196.
- BRES. — Arthrotomie dans l'arthrite blenn. (*Th. de Paris*, 1896-97).
- BUDIN ET DEMELIN. — Manuel pratique d'accouchement et d'allaitement, 1904, p. 647.
- CHARPENTIER. — Traité d'accouchement, 1889, I, p. 866.
- FRUHINSCHOLZ. — De la blennorrhagie dans ses rapports avec la grossesse et la puerpéralité (*Thèse Nancy*, 1902).
- GAULARD. — Accouch. et mal. des femmes en couches. *Annales de Gynécologie* (nov. 1902, p. 249).
- GEORGIADIS. — De l'arthrite génitale survenue pendant la gros. et dans le cours de la lactation (*Thèse Paris*, 1883).
- HOPENHENDLER. — De l'arthrotomie précoce dans le rhum. blenn. du poignet (*Th. Paris*, 1894).
- LABORDERIE. — Rhum de la gros. (*Thèse Montpellier*, 1888-89).
- LASSORT. — Rhum. au cours de la gros. (*Thèse Bordeaux*, 1895).

- LEFOUR ET FIEUX. — *Gaz. hebdomadaire des Sciences médicales de Bordeaux*, 1896, p. 280.
- LOP. — *Gaz. des hôpitaux* (Paris, 1903).
- LORAIN. — *Bull. de la Soc. méd. des hôpitaux* (1866, p. 298).
— Rhum. génital (*Gaz. des hôp.*, 1875, p. 705).
- MAUCLAIRE. — *Archives gén. de méd.*, 1895, p. 38.
— *Traité de chirurgie : Le Dentu et Delbet*, t. III.
- MERCIER. — De l'arthrite survenue pendant la grossesse. (*Thèse Paris*, 1883).
- MOSNY ET BEAUFUMÉ. — Polyarthrite puerpérale de nature gonorrhéique. (*Tribune médicale*, 1904, p. 821).
- PASTUREL. — Mono-arthrite suppurée d'origine puerpérale (*Thèse Paris*, 1905).
- PATENOSTRE. — De l'identité de l'arthrite puerpérale et d'une certaine forme d'arthrite blennorrhagique. (*Thèse Paris*, 1883-84).
- QUINQUAUD. — *Gaz. méd.*, 1872, p. 496.
- SIREDEY. — *Traité des maladies puerpérales*, 1884.
- TISON. — Rhum. pendant la grossesse. (*Thèse Paris*, 1876).
- TRACOU, BUÉ. — De l'accouchement prématuré dans les arthrites de la grossesse. (*Archives de toxicologie*, 1892, p. 6).
- VACHÉE. — Symptômes et diagnostic du rhum, second uro-génital. (*Thèse Paris*, 1868).
- VAILLE. — Du rhumatisme puerpéral. (*Thèse Paris*, 1867).
- VERCHÈRE. — La blennorrhagie chez la femme, 1894, t. II, p. 192.
- VINAY. — Maladie de la grossesse, 1894, p. 521.